



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



ESTUDIO DE CASO: RELACIONES OBJETALES EN
PACIENTE PSICÓTICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

DANIEL COLÍN NAVA

NUMERO DE CUENTA: **0610351**

ASESOR

MTRA. ALMA CECILIA GUTIÉRREZ GARCÍA

TOLUCA MÉXICO, SEPTIEMBRE 2015

ÍNDICE

RESUMEN:.....	8
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1: EN BUSCA DEL CONCEPTO DE PSICOSIS	14
1.1 Historia.....	14
1.2 Definiciones.....	19
1.3 Etiología	22
CAPÍTULO 2: RELACIONES OBJETALES	49
2.1 Historia.....	49
2.2 Definición.....	52
2.3 Etiología	55
CAPÍTULO 3: RELACIONES OBJETALES Y PSICOSIS.....	61
3.1 Narcisismo.....	61
3.2 Relaciones objetales y psicosis.....	66
3.3 Melanie Klein.....	66
3.4 Donald Winnicott	75
3.5 Margaret Mahler	85
3.6 Otto Kernberg.....	92
3.7 Rene Spitz.....	102
CAPÍTULO 4: ESTUDIOS RELACIONADOS	115
CAPÍTULO 5: MÉTODO	118
5.1 Objetivo	118
5.2 Planteamiento del Problema	118
5.3 Pregunta de investigación	120
5.4 Tipo de estudio.....	120
5.5 Ejes Temáticos.....	121
5.6 Participante	122
5.7 Instrumentos y técnicas.....	122
5.7.1. Entrevista Psicodinámica.....	122
5.7.2. Historia clínica.....	124

5.7.3. TRO	125
5.8 Diseño de la investigación.....	126
5.9 Procesamiento de la información	127
CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN DEL CASO	128
6.1 Historia Clínica	128
6.2 Interpretación del T.R.O.	140
6.3 Análisis de caso	148
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN.....	153
7.1 Discusión.....	153
7.2 Conclusiones.....	165
7.3 Sugerencias	169
BIBLIOGRAFÍA.....	171
ANEXOS.....	179

RESUMEN:

El presente estudio se realizó bajo el sustento del método clínico el cual pretende describir la dinámica de las relaciones objetales en una paciente psicótica. Para poder desarrollar este trabajo se empleó el Test de Relaciones Objetales de Phillipson (1993), apoyándose también de técnicas psicológicas como la entrevista psicodinámica, la observación y la historia clínica, utilizando como marco teórico referencial la Teoría de las Relaciones Objetales de Melanie Klein (1948), retomando autores de la escuela inglesa como Mahler (1949), Fairbairn (1952), Winnicott (1957), Spitz (1965), Tustin (1972), Kernberg (1976), entre otros.

A partir del análisis que se hizo de los resultados obtenidos en relación a la dinámica psíquica del sujeto de estudio de esta investigación se pudo concluir que la continua introyección y proyección de agresividad así como la utilización de mecanismos defensivos primitivos como la idealización, escisión, negación e identificación proyectiva como consecuencia de la inoportuna satisfacción de necesidades fisiológicas, un ambiente inadecuado que pueda facilitar el desarrollo y la deficiente participación de la madre como principal sostén y vínculo afectivo en los primeros años de vida son una influencia decisiva para la predisposición patológica grave así como la imposibilidad estructural psíquica del sujeto.

PRESENTACIÓN

El término ***psicosis*** se ha empleado para referirse a aquellos trastornos psíquicos caracterizados por una cierta pérdida de contacto con la realidad acompañada de una alteración general de la personalidad la cual interviene en el funcionamiento social del sujeto. Según la OMS (1992), la psicosis es un trastorno en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad.

Para el psicoanálisis la psicosis es más bien un problema de estructuración psíquica y no una enfermedad orgánica, por lo tanto ésta investigación plantea la importancia que tienen los primeros años de vida en el infante, así como los primeros vínculos afectivos que se establecen en éste periodo, principalmente con la madre, analizando por medio de un estudio de caso y la aplicación del Test de Relaciones de Phillipson (1993) la dinámica y las características de las relaciones objetales en un sujeto psicótico, buscando determinar cómo una desconexión con la realidad llega a ser una manifestación resultante de experiencias vitales prematuras.

Este estudio se sustenta en un marco teórico que está conformado por 3 capítulos los cuales fueron seleccionados de acuerdo al objetivo y al planteamiento del problema. En el capítulo 1: En busca del concepto de la psicosis, se revisa una breve historia de la aparición del término *psicosis*, su conceptualización, categorización y sus posibles causas desde distintos modelos teóricos. En el capítulo 2: Relaciones Objetales, también se hace una revisión breve de la historia del nacimiento de esta teoría así como de sus diferentes conceptualizaciones, exponiendo a sus principales autores. En el capítulo 3: Relaciones objetales y psicosis, se describen algunas posturas teóricas dentro de la Teoría de las Relaciones Objetales presentadas por distintos autores en relación a la psicosis.

En los siguientes capítulos se muestran algunos estudios relacionados con el tema, se expone la fundamentación metodológica utilizada para realizar esta investigación y se hace la presentación del caso clínico en donde se describe la historia de vida del sujeto de estudio. Posteriormente se muestran los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Relaciones Objetales de Phillipson (1993). Así también se hace un análisis del caso en donde se enlazan los resultados obtenidos en el T.R.O. con la historia clínica del sujeto.

Por último se presenta una discusión con base al marco teórico utilizado y el caso de estudio así como las conclusiones obtenidas mediante el análisis de los resultados dando respuesta a la pregunta de investigación planteada, incluyendo algunas sugerencias que sirvan como guía de futuras investigaciones relacionadas con el tema. En la parte final se enlistan las referencias bibliográficas que sirvieron para sustentar este estudio.

INTRODUCCIÓN

Desde principios del siglo XX se ha profundizado en el estudio interdisciplinario del recién nacido para conocer los aspectos que inciden de forma profunda en la evolución y desarrollo del psiquismo humano, así como los factores etiológicos que podrían llevar a psicopatologías graves del desarrollo tales como la psicosis.

De acuerdo a la American Psychiatric Association (APA), (2002), el término **psicosis** ha sido definido a lo largo de la historia de varias formas distintas, aunque ninguna de ellas ha sido universalmente aceptada. Las definiciones más restrictivas del término refieren un desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por la pérdida del contacto con la realidad, ideas delirantes y alucinaciones manifiestas que pueden causar el deterioro del funcionamiento social normal.

Melanie Klein (1921) fue pionera en realizar estudios sobre el desarrollo emocional de niños pequeños así como sus primeras relaciones con los objetos. Partiendo de sus observaciones Klein (1948) en su Teoría de Relaciones Objetales enfatiza la importancia de la experiencia de la relación con los primeros objetos externos e internos y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. Desde esta teoría, se considera que el ser humano se mueve por una necesidad primaria de relación y no simplemente por pulsiones en la búsqueda de descarga.

Para Klein (1948), el punto de fijación de enfermedades psicóticas yace en etapas primitivas del desarrollo psíquico en las que los objetos son percibidos de forma parcial y escindida sugiriendo un deterioro en la maduración yoica que le impide lidiar con la ansiedad externa e interna propia de las relaciones continuas con los objetos, lo que obliga a utilizar mecanismos primitivos del desarrollo que son de naturaleza psicótica y que pueden ser continuos a lo largo de la vida.

Kernberg, (1976) refiere que los efectos de las primeras relaciones con los objetos en la temprana infancia son profundos y duraderos, ya que en el sentido más amplio, la

teoría de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales, así como de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas.

Para algunos autores como Mahler (1952) y Winnicott (1965) la enfermedad psicótica se encuentra estrechamente relacionada con la participación de la figura materna, pues de acuerdo a sus investigaciones es considerada como la pieza fundamental para la constitución psíquica del niño.

Otros factores desencadenantes de esta enfermedad expuestos por estos mismos autores están relacionados con un ambiental facilitador inadecuado, una predisposición biológica y una pobre diferenciación entre los objetos y el si-mismo en una fase precoz del desarrollo emocional del infante que le impiden una correcta integración de su propio self, poniendo de manifiesto la importancia del cuidado en sus primeros años de vida.

La perspectiva psicoanalítica del estudio del desarrollo del psiquismo ofrece un campo amplio de estudio en el que el impacto de las experiencias desde el nacimiento, las primeras relaciones con los objetos y con el mundo implican, en forma de engranaje, la futura estructura psíquica del sujeto.

Delgado (2000) considera que la búsqueda de una clínica más integral e integradora ha surgido desde el psicoanálisis del lactante, disciplina que no pierde de vista que en los llamados trastornos severos del desarrollo la problemática fundamental se ha instaurado en el hacerse del sujeto al fallar entre él y sus figuras primarias la pasión humanizante.

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación se realizó un estudio de caso como una herramienta fundamental ya que de acuerdo a Coolcani (2005) el estudio de caso implica obtener información detallada acerca del individuo o grupo donde, de forma típica, los estudios de los casos individuales incluyen una amplia historia de caso

obtenida por lo general, aunque no necesariamente, por medio de una entrevista. Además se utilizó el Test de Relaciones Objetales de Phillipson (1993) que permite tener un conocimiento más amplio de la dinámica de las relaciones de objeto del individuo.

Finalmente el interés y análisis de esta investigación busca, desde la perspectiva psicoanalítica, hacer un acercamiento teórico al estudio de la psicosis, teniendo en cuenta el papel fundamental que tienen en su etiología las primeras relaciones que el ser humano tiene con los objetos y con su mundo, buscando describir la dinámica de las relaciones objetales en el estudio de un caso.

CAPÍTULO 1: EN BUSCA DEL CONCEPTO DE PSICOSIS

1.1 Historia

La psicosis es una patología cuya causa aún se encuentra incierta, no sólo en su etiología, sino en muchos de sus aspectos teóricos y de tratamiento, por lo que resulta necesario hacer una revisión de su entendimiento y definición a lo largo de la historia, buscando así comprender el conocimiento que se tiene en la actualidad.

Desde que hay memoria en la historia, hay registro de la existencia de personas con rarezas o perturbaciones mentales más o menos graves. La descripción de la histeria y de la epilepsia ya había sido objeto de estudio en la antigüedad por Hipócrates; pero no es sino hasta los albores de la modernidad que se emprenderá la tarea de desarrollar una teoría científica acerca de este grupo tan particular de sujetos que hoy llamamos *psicóticos*.

El estrecho vínculo entre la razón y el juicio, la realidad y la normalidad, ha empujado a la locura del lado de la irrealidad y la anormalidad. Se ha considerado *loco* a quien está fuera de lugar, desubicado con respecto a los demás miembros de una comunidad y también descolocado respecto de sí mismo. La locura se ha concebido desde distintos paradigmas a lo largo del tiempo, éstos han ido modificándose con el desarrollo de la psicología y la psiquiatría. Los términos locura y psicosis parecían ser equivalentes, su distinción aparece mucho antes de que surja el psicoanálisis. Con el nacimiento de la psiquiatría el trazar las fronteras de la locura se convirtió en una exigencia científica.

Cuando la locura comenzó a ser estudiada y clasificada, surgió el término psicosis como uno de sus nombres científicos, que se propone para su reemplazo, sustituyendo así al desgastado término de "locura" (Álvarez, Estéban y Sauvagnat, 2004).

Para Jean Claude Maleval (1996) nuestro concepto actual de la psicosis se comenzó a desarrollar a partir del siglo XIX. Anteriormente, no sólo era defectuosa la preparación médica, sino que también la reacción de la sociedad ante estos pacientes estaba

ampliamente relacionada con supersticiones locales. En muchas sociedades primitivas, se consideraba a los pacientes epilépticos y psicóticos como poseídos del demonio.

Estos pacientes con frecuencia eran considerados peligrosos y se les confinaba en calabozos, atados con cadenas, donde eran maltratados por carceleros crueles e ignorantes. Maleval menciona que en 1845, el médico vienes Ernest Von Feuchtersleben decano de la Facultad de Medicina de Viena, propuso en su “Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde” (Tratado médico de las manifestaciones anímicas) el neologismo *Psychose* para referirse a las manifestaciones psíquicas de la “enfermedad del alma”, ya se tratara de las neurosis o de la locura y designaba de manera imprecisa la enfermedad mental como tal, independiente de la naturaleza de sus manifestaciones.

Este nuevo concepto no fue opuesto a neurosis o enfermedad mental y lejos de excluirse mutuamente, Feuchtersleben los yuxtapone.

Cuando Feuchtersleben escribió que “Toda psicosis es al mismo tiempo una neurosis porque, sin intervención de la vía nerviosa no se manifiesta ninguna modificación de lo psíquico, pero no toda neurosis es a igual título una psicosis” (Feuchtersleben, 1846 citado por Laplanche y Pontalis, 1996), no dijo nada nuevo para su época; su principal originalidad en este punto consistió sólo en introducir el término psicosis para designar la alienación mental, allí donde antes se utilizaba el viejo concepto de *vesania*, proveniente de la antigua Roma.

La aparición del término en el siglo XIX trajo como consecuencia el aislamiento de las enfermedades mentales en un territorio autónomo, diferenciándolas tanto de las enfermedades cerebrales o de los nervios como de las enfermedades del espíritu o del alma (Foucault, 1963).

Durante años siguientes el término se empleó a menudo como un sinónimo muy general de trastorno mental o psicopatía. El concepto se refirió primero al conjunto de enfermedades llamadas mentales, fueran orgánicas o no. Posteriormente el concepto

de psicosis se fue difundiendo con un uso algo desigual y paulatinamente acabaría perdiendo su carácter descriptivo e inespecífico de “enfermedad del alma” para adquirir el estatus de una organización psicopatológica delimitada (Álvarez, Esteban, Sauvagnat, 2004).

La difusión del término durante el siglo XIX principalmente entre la literatura psiquiátrica de lengua alemana, permitió pues, su clasificación nosológica como entidad; agrupando en el mismo nombre, las locuras, la alienación y las enfermedades mentales en general. La oposición conceptual entre neurosis y psicosis llegaría tardíamente, a fines del siglo XIX y con un curso diferente para ambas entidades.

La importancia de Kraepelin para la historia de la psiquiatría y para las concepciones alemanas es evidente, al aportar, justamente, la claridad que tanto les faltaba. Con la publicación de su manual en 1899 se tenía una definición ya más precisa de lo que pueden ser las psicosis. Kraepelin (1899) introduce la psicosis a un término médico aceptado como “Dementia praecox”, que suponía la presencia de delirios y vacío afectivo en una temprana edad, lo que llevaba a deterioro.

Años más tarde se puso de manifiesto que el trastorno descrito como “demencia precoz” no conducía necesariamente a un deterioro mental, ni sólo afectaba a personas jóvenes. Eugen Bleuler (1857- 1939) sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una demencia, es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales; muchos pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente se iniciaba en personas maduras (Roudinesco y Plón, 2003).

Bleuler cambió la denominación de demencia precoz a la de *esquizofrenia*. Él consideró más importante el estudio transversal de los síntomas, que su curso y desenlace. Recalcó que lo unificador de esta anormalidad era la "división o fragmentación del proceso del pensamiento". El resto de los síntomas eran de la misma importancia: aplanamiento afectivo, pensamiento distorsionado, abulia, ambivalencia.

A estos síntomas los denominó *síntomas fundamentales*, mientras que a los delirios y alucinaciones los consideró "accesorios", ya que también podían aparecer en trastornos como la psicosis maníaca-depresiva. Consideró que la esquizofrenia era un heterogéneo grupo de trastornos a los que se refirió como "el grupo de las esquizofrenias" (Belloch y cols, 1995).

Bleuler publicó en 1908 su obra "Dementia praecox: el grupo de las esquizofrenias", presentando un nuevo enfoque de la locura. Los síntomas, los delirios y las alucinaciones encontraban su significación si uno se volvía a los mecanismos descritos por Freud en su teoría del psiquismo. Sin renunciar a la etiología orgánica y a la herencia, situaba la enfermedad en el campo de las afecciones psicológicas. La nueva esquizofrenia tenía un origen tóxico y se caracterizaba por la disociación de la personalidad y el repliegue en sí mismo. (Roudinesco y Plón, 2003).

En 1924 Freud introduce el término psicosis en la teoría analítica, diferenciándola de la neurosis de la siguiente manera; "la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior" (Freud, 1924b).

Cuando Freud (1924) describe las características que tiene el vínculo con la realidad en las neurosis y en las psicosis, dice que la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella, en cambio la psicosis la desmiente y procura sustituirla. Freud recoge el término como concepto técnico en un primer momento, para designar la reconstrucción inconsciente por el sujeto de una realidad delirante o alucinatoria. En un momento posterior lo incluirá en una estructura tripartita en la que se diferencian claramente neurosis, psicosis y perversión (Roudinesco y Plón, 2003).

Álvarez, Esteban y Sauvagnat, (2004) postulan que la oposición neurosis-psicosis no se consumó hasta que Freud consiguió perfilar los mecanismos estructurales específicos de cada una de ellas, defendiendo que las referencias a la psicosis en la clínica prefreudiana son sumamente escasas, dispersas y colaterales.

En 1932 Lacan escribe su tesis doctoral de medicina “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad”. Aquí da un gran peso a los trastornos de personalidad en el surgimiento de la psicosis paranoica y se aleja así de la postura biologista que imperaba en aquel momento. Pero es mucho más tarde, en 1955, que dedica un seminario de su enseñanza, el tercero, estableciendo sus planteamientos sobre la cuestión de la psicosis desde una postura estructuralista.

Lacan se basan en el análisis de la obra freudiana; a partir de allí, postula tres estructuras fundamentales que se configuran desde la experiencia de castración y el Complejo de Edipo: la neurosis, la psicosis y la perversión. Estas estructuras son irreversibles, lo que indica que no se puede pasar de una estructura a otra en el trascurso de la vida, el psicótico no puede ser neurótico ni perverso, y el perverso lo será toda la vida.

Cabe resaltar que es concebible que existan otras clasificaciones que lleven a más estructuras pero sobre la base de la teoría y la investigación actual estas tres parecen cubrir todo el campo de fenómenos psicológicos (Fink, 2007).

Aparecen después trastornos que ampliaron las fronteras de la esquizofrenia, lo que llevó a la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) a formular el DSM I (1952), que facilitó la comunicación ente psiquiatras y le dio consistencia a los diagnósticos (Belloch y cols, 1995).

Las críticas procedentes de la psiquiatría británica hacia la pobre fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y el creciente interés por determinar la naturaleza, severidad y pronóstico de la esquizofrenia, condujeron al desarrollo de programas conjuntos de investigación entre distintos países. A finales de los años sesenta una serie de estudios comparativos sobre la práctica diagnóstica en Inglaterra, Estados Unidos y otros países pusieron de manifiesto discrepancias diagnósticas por lo que muchos pacientes podían recibir distinto diagnostico dependiendo del país, debido a diferencias teóricas y de concepto (Roudinesco y Plón, 2003).

A partir de los años setenta se desarrollaron criterios operativos que dieron entrada a criterios diagnósticos más fiables y restrictivos como los criterios de Feighner de 1972 y los Criterios de Diagnóstico Estadístico (Research Diagnostic Criteria, RDC) introducidos por Spitzer y colaboradores en 1978. La aparición del sistema de clasificación de la American Psychiatric Association (APA) DSM-III inspirado en esos grupos de criterios, supuso una convergencia entre los puntos de vistas de Kraepelin, Bleuler, entre otros. (Serrallonga y Rojo, 2003).

Los criterios del DSM-III-R ofrecieron, en su momento, los sistemas más utilizados para el diagnóstico y clasificación del espectro de la esquizofrenia, en toda la comunidad internacional. Tanto clínicos como investigadores alcanzaron un nivel aceptable de la fiabilidad en el diagnóstico y comunicatividad de éste.

Así entonces lo esencial en un comienzo para la psicosis fue más su delimitación nosológica y no tanto, quizás, su definición conceptual. En la actualidad el CIE-10 (1992) y el DSM-IV-TR (2004) son las clasificaciones diagnósticas más empleadas por los clínicos en el mundo.

1.2 Definiciones

La psicosis como entidad clínica psiquiátrica ha sido conceptualizada por distintos autores durante el curso de la historia, pero hoy en día se han establecido los límites categoriales para llegar a su diagnóstico diferencial gracias a los aportes de las clasificaciones psiquiátricas actuales como el DSM-IV y la CIE-10. Por su parte, las distintas orientaciones psicológicas han puesto fuerte énfasis en la explicación de su etiología así como de su conceptualización.

Aunque Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); este término aún carece de definición exacta, pues los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por

esta situación los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (Ban, y Ucha Udabe, 1995).

De acuerdo a la American Psychiatric Association (APA), (2004), históricamente el término psicótico, ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de consciencia de su naturaleza patológica.

Por otra parte, un intento de definición es el expuesto por Laplanche-Pontalis (1996) en su “Diccionario de psicoanálisis” haciéndolo de la siguiente manera:

“En clínica psiquiátrica, el concepto “psicosis” se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas como si su causa última es problemática.

El psicoanálisis no se ocupó desde un principio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales de las que trata la psiquiatría; su interés se dirigió primero sobre las afecciones más directamente accesibles a la investigación analítica y, dentro de este campo, más restringido que el de la psiquiatría, las principales distinciones se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis. Dentro de este último grupo, el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía.

Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos tentativas secundarias de restauración del lazo objetal”.

Por otra parte Jaspers (1913) citado por (Ban y Ucha Udabe, 1995) define la psicosis como “el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en

cuanta totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana”.

Jung (1914) menciona que la psicosis es un estado mental en el cual los elementos antes inconscientes ocupan un lugar en la realidad. Cuando las personas pierden la capacidad de asirse a los valores concretos de la vida, los contenidos inconscientes se convierten en avasalladoramente reales. Jung afirma que la fenomenología del sueño y de la psicosis es casi idéntica, por supuesto con una cierta diferencia; una ocurre normalmente al dormir, mientras que la otra ocurre en un estado consciente o de vigilia.

Para Woodruff, (1978) la psicosis es la manifestación de un ego débil incapaz de salir adelante con los problemas de la vida e incapaz de usar con eficacia las defensas del ego para manejar las fuerzas instintivas y la ansiedad. Los psicóticos regresan a un nivel psicosexual primitivo de funcionamiento de proceso primario, el cual se manifiesta en trastornos, desorganización e incapacidad para confrontarse ante las demandas de la realidad.

Pichot Rivieré (Citado por Mandujano, 1991) considera que la psicosis es un intento de manejo de la ansiedad básica en la cual la regresión es característica para permitir el control de la ansiedad.

Leudox, (1987) menciona que la psicosis es una pérdida del sentimiento de existir en el espacio y en el tiempo vinculado con la imagen corporal. Dolto (1984) expone que llamamos psicosis a un conjunto de procedimientos defensivos que intentan evitar el sufrimiento del grave peligro que significa la pérdida de la imagen y el cuerpo.

Menciona:

“Creo que en el origen de los llamados psicóticos se encuentra en riesgo, y que en realidad deberíamos considerarlos personas cuya fobia invade cualquier contacto con el otro”.

1.3 Etiología

Las psicosis constituyen un trastorno cualitativo de la personalidad, global y por lo general grave, cuya aparición implica, a menudo, una ruptura en la continuidad biográfica del sujeto. La ausencia de marcadores biológicos o procesos psicológicos distintivos para el diagnóstico de las psicosis funcionales ha dado lugar a problemas para la definición de este concepto (Lemos, 1995).

Por ser la psicosis un cúmulo de síntomas de otras enfermedades (esquizofrenia, psicosis reactivas, trastornos del afecto y psicosis tóxicas.), pero presentando todas en común una alteración grave del juicio de realidad y creación de una realidad nueva, es difícil exponer una sola teoría explicativa que defina el término. Por eso nos enfocaremos principalmente en la esquizofrenia, por ser el tipo de psicosis que se da en forma más común dentro de los pacientes psiquiátricos y por ser la más deteriorante y permanente.

MODELO BIOLÓGICO

En la actualidad las causas de la esquizofrenia son inciertas, aunque existen diversas hipótesis sobre su gestación en las que se duda si sería originada por problemas en el desarrollo del cerebro o por la alteración de un cerebro normal. Se han encontrado diferencias de tipo anatómico así como del funcionamiento de las estructuras cerebrales en cerebros de esquizofrénicos y cerebros normales, pero no existen pruebas concluyentes que lo verifiquen. También se han encontrados algunos factores de riesgo que acrecientan la probabilidad de padecer esquizofrenia. Estos se clasifican en demográficos y concomitantes (edad, sexo, raza, estrato social), precipitantes (eventos vitales, migración) y predisponentes (genes, complicaciones perinatales, infecciones).

Estos a su vez se dividen en familiares y sociodemográficos. Estos últimos pueden ser mutables (clase social, estado civil, inmigración) e inmutables (etnia, sexo, lugar de nacimiento) (Kaplan y Sadock, 1995).

La teoría etiológica más defendida en el pasado sostiene que la esquizofrenia se produce por un defecto estructural o funcional en algún sistema orgánico o en algún mecanismo bioquímico como la transmisión dopaminérgica, serotonina, el mal funcionamiento de monoamino oxidasas, responsables de la degradación de algunos neurotransmisores, entre otras.

Otras investigaciones han encontrado que los MOBL (movimientos oculares de búsqueda lenta) y el procesamiento de la información distinguen a los esquizofrénicos y sus familiares biológicos de los controles. Este evento reviste particular interés porque traduce una propiedad neuronal básica cuya disfunción podría explicar en principio la fisiopatología de la esquizofrenia (Kaplan y Sadock, 1995).

Dentro del modelo biológico podemos encontrar distintas hipótesis explicativas en las cuales se encuentran las genéticas, estructurales y bioquímicas.

Hipótesis Genéticas

Existen muchas investigaciones que apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia tiene una base genética. Los estudios con familias muestran que a mayor consanguinidad con un familiar enfermo, mayor la probabilidad de aparición de la enfermedad. El aumento es más obvio en los gemelos monocigóticos, donde la tasa de concordancia es 4 o 5 veces mayor a la de los gemelos dicigotos u otros familiares en primer grado.

No obstante se desconocen los mecanismos de transmisión. Ningún modelo actual (genes dominantes o recesivos únicos o múltiples) explica lo observado. Además, los estudios realizados en gemelos monocigotos demuestran que no todas las personas vulnerables padecen esquizofrenia, por lo que deben intervenir elementos ambientales (Kaplan y Sadock, 1995).

Hipótesis estructurales

Estas hipótesis se refieren a alteraciones estructurales a nivel macroscópico, microscópico y ultraestructural. La base de esta hipótesis es que algunos pacientes esquizofrénicos tienen los ventrículos laterales del cerebro dilatados, mayor volumen de líquido cisternal, inversión de la simetría normal del cerebro o atrofia del vermis anterior del cerebelo. Aun así, las pruebas de que los exámenes mediante tomografías revelen grandes cambios anatómicos en el cerebro de los pacientes, son altamente dudosas (Obiols y Carulla, 1998).

Por otra parte alteraciones en el sistema límbico interesan en la etiología de la esquizofrenia, pues incluye varias estructuras interconectadas (hipocampo, núcleos amigdalinos y accumbens, septum, hipotálamo, cíngulo, sector anterior del tálamo y corteza y bulbos olfatorios), que modulan los aspectos emocionales de la conducta.

En la esquizofrenia las funciones ejecutivas de la corteza cerebral también suelen deteriorarse. Sin embargo, los hallazgos son variables y consisten en adelgazamiento de la sustancia gris cortical y declinación de los recuentos celulares y la densidad neuronal en la corteza prefrontal. En la resonancia magnética se observa disminución del volumen del lóbulo temporal (Obiols y Carulla, 1998).

Mesulam (1986 citado por Obiols y Carulla, 1998) argumenta que los síntomas negativos y las anomalías cognitivas son secundarios a la hipofunción de los lóbulos frontales y que los síntomas positivos son atribuibles a la hiperperfusión de los mismos y una sobreactivación recíproca de los sistemas dopaminérgicos subcorticales.

Se ha encontrado también una disminución de la sustancia gris y el volumen global del cerebro, reducción del tamaño del lóbulo temporal, adelgazamiento de las hojas cerebelosas, alteraciones del tamaño y configuración del cuerpo calloso, modificaciones de la asimetría hemisférica y cambios en la densidad cerebral. Cabe destacar que ninguno de estos marcadores confirma la presencia de esquizofrenia; no son privativos de la enfermedad ni se encuentra en todos los casos. El diagnóstico sigue siendo

clínico y se fundamenta en los antecedentes y el estado actual (Kaplan y Sadock, 1995).

Hipótesis Dopaminérgica

Esta hipótesis plantea que la esquizofrenia está relacionada con un aumento de la cantidad de dopamina existente en la sinapsis o con una hiperactividad de las vías dopamínicas. Esta idea se basó en la observación de que la amfetamina, inhibidor de la recaptación de dopamina, produce un cuadro similar a esta enfermedad y al hecho de que los fármacos antagonistas de la dopamina tienen un efecto antipsicótico. Otro factor que apoya la hipótesis de la dopamina es la prueba de que los agentes que aumentan las cantidades de catecolaminas en el cerebro aumentan los síntomas psicóticos (Obiols y Carulla, 1998).

Se estima que en los esquizofrénicos existe un estado de hiperactividad dopaminérgica en los circuitos mesolímbicos y mesocortical. La teoría más aceptada supone que los antipsicóticos bloquearían los receptores D2. Esta hiperactividad no parece ser absoluta, por tanto hay que pensar, más bien, en que la pretendida hiperactividad dopaminérgica sería de carácter relativo, es decir, en relación con la actividad de algún otro sistema no conocido y asociado funcionalmente al dopaminérgico, que sería el que se encontraría deprimido en la enfermedad psicótica (Flórez, 1992).

La actividad dopaminérgica en el Sistema Nervioso Central tiene roles funcionales claramente diferentes, según la estructura neuronal en donde se asientan. Así, las cuatro vías dopaminérgicas implicadas en la fisiopatología de la enfermedad son: (Contreras, 1996)

-La vía mesocortical: su disfunción es posiblemente la causa principal de los síntomas negativos y del deterioro crónico de los pacientes;

-La vía mesolímbica: es la responsable de los síntomas positivos delirantes alucinatorios;

-La vía nigroestriada: se relaciona con los efectos extrapiramidales;

-La vía tuberoinfundibular: relacionada con los síntomas endócrinos.

Algunas otras investigaciones, desde un punto de vista fisiopatológico, demuestran que la esquizofrenia más que un incremento generalizado de la actividad dopaminérgica es un trastorno caracterizado por una actividad asimétrica con un relativo incremento de la actividad dopaminérgica en el putamen y otras regiones subcorticales (aumento de receptores D2 y de su sensibilidad) que lleva a los síntomas positivos delirante-alucinatorios y una relativa disminución de la actividad dopaminérgica en regiones corticales prefrontales responsable de los síntomas negativos (Flórez, 1992).

MODELO PSICOSOCIAL

El modelo psicosocial es multicausal, no explicativo por sí sólo de la enfermedad mental, la cual considera como un producto de la estructuración social y de la presión ejercida por ésta sobre el individuo, por tanto sería un producto artificial de la cultura. Plantea además, que la cultura tiene una clara influencia sobre las manifestaciones o expresión de un síntoma, el diagnóstico, y el tratamiento, puesto que la rotulación de una conducta como anormal depende, entre otras variables, de su contexto y de los principios por los que la sociedad del individuo se rija (Álvarez, 2002).

Este modelo le da gran importancia al papel de la familia, sus interacciones y formas de comunicación patológicas. Por ello a continuación se expondrán los modelos de transacción familiar y de la vulnerabilidad.

Modelo de la transacción familiar

El modelo de la transacción familiar surgió con el fin de conocer y explicar la enfermedad mental como la transmisión de interacciones disfuncionales entre la familia y el paciente, y se enfoca en los procesos de interrelaciones en un contexto histórico y relacional que caracteriza los procesos de comunicación del sistema familiar. Muchos autores afirmaron de acuerdo a los resultados obtenidos en sus investigaciones, que las personas con enfermedades mentales eran un reflejo de las contradicciones de un sistema relacional (Kaplan y Sadock, 1995).

Comenzaron a identificarse ciertas características de las interacciones del esquizofrénico; Wynne y cols. (1958) encontraron que las relaciones dentro de la familia carecen de claridad y reconocimiento, son vagas, tangenciales, ajenas al tema del momento, entre otras características. Por otra parte, Brown (1972) plantea que en las familias se da un alto grado de “emoción expresada”, la cual constituye una medida de la magnitud en que los familiares expresan actitudes críticas, hostilidades o sobreinvolucramiento emocional acerca del miembro con esquizofrenia cuando se discute sobre su enfermedad y la vida familiar con un entrevistador; se considera que refleja una propensión de los miembros de la familia a volverse críticos o sobreprotectores y dominantes en tiempos de crisis, lo cual sería un factor estresante que podría eventualmente activar un episodio esquizofrénico (Anderson, Reiss y Hogarty, 1988).

Modelo de la vulnerabilidad

Elaborado por Zubin y cols, (1992) plantean que existe una predisposición a la manifestación de episodios esquizofrénicos donde el genotipo del trastorno no produce necesariamente manifestaciones mórbidas, pero sí puede ser transmitida a la generación siguiente. Por tanto la tendencia a desarrollar este trastorno no se debe exclusivamente a una situación hereditaria, éste se puede originar también a partir de daños pre y perinatales. Diversos factores ambientales estresantes influyen en la activación de esta predisposición, favoreciendo así, la aparición de la esquizofrenia. Cabe recalcar que ninguno de los factores (hereditarios y ambientales) puede por sí sólo desencadenar los episodios esquizofrénicos.

Esta vulnerabilidad puede verse reflejada por las alteraciones de la competitividad a nivel social, distorsiones perceptivas, anhedonia, entre otros, y una vez declarado el trastorno, estos factores discapacitantes limitan la recuperación funcional del paciente que se ve afectado en diversas áreas de desempeño. Cabe destacar que este modelo considera a la persona como sana, que tiene episodios intermitentes, donde las recaídas son producto de un acontecimiento vital estresante que lo elicit.

Estas recaídas están relacionadas a los niveles de estrés y tensión ambiental que puede soportar el sujeto. Esto conlleva a diversos cambios fisiológicos en él, los cuales, cuando no son muy severos pueden conducir a síntomas tales como tensión muscular, ansiedad, trastornos del sueño y del apetito. Si el estrés persiste, el siguiente paso puede ser el de un brote esquizofrénico. Éste por sí mismo, aumenta a su vez el estrés para el sujeto, con lo que se crea un círculo vicioso por retroalimentación.

El modelo de vulnerabilidad de la esquizofrenia (Zubin y cols, 1992) enfatiza la importancia de las interacciones entre la vulnerabilidad del individuo y el contexto ambiental. Predice además, que cualquier variable (ya sea que actúe directa o indirectamente) que aumente el estrés ambiental pueden desencadenar la aparición de este trastorno mental (Lemos, 1995).

MODELO SISTÉMICO

La perspectiva sistémica propone un planteamiento genérico de la comunicación humana que analiza las distintas interacciones que se dan en un sistema, entendiéndose éste como "un conjunto de elementos y de relaciones entre éstos y sus atributos de manera que los elementos son componentes del sistema; los atributos, las propiedades de los elementos, y cuya unión se da por las interacciones existentes". Es decir, un conjunto de elementos que interactúan entre sí. Analiza cómo los individuos forjan su sistema de valores, su posicionamiento ante la realidad, considerándose ésta como el resultado de un juego de interacciones sociales (Álvarez, 2002).

Para este autor, la familia se concibe como un sistema sociocultural abierto que experimenta diversos cambios y progresa por etapas evolutivas previsibles con el fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial de todos los miembros que la componen, donde los miembros se relacionan según pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, la cual define los tipos de conductas e interacciones recíprocas que se dan. Dado que ante la exposición de tensiones se generan cambios dentro de ésta estructura, esta requiere de una adaptación y es justamente en

ocasiones de cambios o presiones de particular importancia cuando surgen la mayoría de las perturbaciones psiquiátricas, producto de una desadaptación.

La dinámica e historia de la familia constituyen factores principales que explican y permiten modificar el comportamiento del individuo señalados como enfermos y trastornados; los cuales son contemplados como un reflejo de las contradicciones del sistema relacional que logra mantener cierto equilibrio en la estructura familiar disfuncional. Considera que el síntoma pasa a formar parte de un ciclo homeostático que permite la estabilización de la estructura familiar y no como un mero atributo individual.

MODELO COGNITIVO

Este enfoque conceptual asume que el funcionamiento humano puede ser concebido como un sistema de procesamiento y utilización de la información ambiental y personal. Su objetivo es investigar las estructuras y operaciones que se producen dentro de ese sistema, es decir, investiga como selecciona, transforma, codifica, almacena, recupera y genera información y conducta. Al concebir el cerebro humano como un sistema que procesa información, se debe considerar su capacidad limitada y la intervención en él de numerosas variables que dependen de la persona, la situación que le rodea, de los recursos, etc. Este procesamiento de información tiene la cualidad de ser selectivo, característica llamada "atención selectiva", que se encuentra alterada en enfermedades mentales. (Lemos, 1995).

El funcionamiento cognitivo de los esquizofrénicos según este modelo, posee deficiencias en operaciones que exigen un procesamiento controlado (tareas que requieren atención consciente para ser ejecutadas), pero a la vez no son deficitarios en operaciones que exigen un procesamiento automático (que no precisan atención consciente y pueden realizarse con un nivel mínimo o nulo de recursos atencionales).

Los síntomas y signos de la esquizofrenia han tratado de ser explicados a partir de algunas de las referidas deficiencias en el procesamiento de la información. Hemsley, citado por Lemos (1995), parte del supuesto que la percepción normal depende de la

interacción entre los estímulos presentes y de los recuerdos almacenados de la experiencia de estimulaciones anteriores. La información contextual, tanto espacial como temporal, controla la activación del material almacenado apropiado habiendo una deficiencia en la capacidad de relacionar esta información en pacientes esquizofrénicos. En este sentido, los procesos de pensamiento involucrados en las ideas delirantes son considerados similares a los implicados en el pensamiento normal, existiendo diferencias solamente cuantitativas, que hacen estas creencias mucho más resistentes a cualquier intento de cambio.

Así, el objetivo de la terapia conductual con esquizofrénicos es disminuir o modificar las distorsiones cognitivas derivadas de estos procesos desadaptativos, a través del establecimiento y uso de las técnicas cognitivas habituales, principalmente las relacionadas con un entrenamiento de las habilidades sociales.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

La psicoterapia cognitiva-conductual se empleó inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos, y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas de ellos derivados. La primera aplicación conocida del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck (1952), quien trató, a un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico, que consistía en una convicción de ser espiado por el FBI. El abordaje psicoterapéutico constó de treinta sesiones durante ocho meses, después de las cuales el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas cuando empezaba a sospechar que estaba siendo observado.

Blackwood y cols. (2001) proponen un modelo para la formación del delirio persecutorio, basándose en los déficits cognoscitivos encontrados en los pacientes con esquizofrenia paranoide. Plantean que el delirio persecutorio es el resultado de fallas en la interpretación de las intenciones de los demás, aunadas a una tendencia a atribuir causas externas a eventos negativos, a elaborar juicios de manera precipitada con

información insuficiente y a una predisposición a atender y percibir estímulos amenazantes.

Entender las creencias previas del paciente puede servir para descubrir la formación y el contenido del delirio. Un paciente con ideación megalomaniaca puede valerse de ésta para intentar compensar sentimientos de inferioridad, minusvalía o soledad.

La aproximación cognitivo-conductual se interesa tanto por la forma como por el contenido de las ideas delirantes. El contenido de los delirios puede tener un origen motivacional, representando intentos de la persona por dar sentido a experiencias previas anormales, o bien puede tener un origen defectual, derivándose de la interpretación distorsionada de la realidad. En ambos casos, los procesos de pensamiento implicados en las creencias delirantes se consideran similares a los del pensamiento normal. La forma representa las posibles distorsiones, sesgos, o limitaciones en los modos en que la persona ha sido capaz de dar sentido a esas experiencias.

La terapia cognitiva aporta técnicas para ayudar a los pacientes a manejar sus experiencias psicóticas enseñándoles no solamente a re-etiquetar o a cambiar las creencias sobre la naturaleza de estas experiencias sino a dar sentido psicológico a sus síntomas psicóticos (Yusupoff, Haddock, Sellwood, & Tarrier, 1996; citados en Vallina y Lemos, 2001).

Las técnicas que se emplean son las propias y características que el abordaje cognitivo-conductual como la modificación y desafío de creencias, a diferentes variaciones de las técnicas de exposición, al empleo de experimentos conductuales y similares. Lógicamente, el uso de estas técnicas en el campo de la psicosis no supone una mera traslación, sino que deben realizarse las pertinentes adaptaciones, teniendo en cuenta las consideraciones teóricas y clínicas que acompañan a la psicosis.

MODELO GESTALT

Para este enfoque la normalidad del hombre se da cuando este puede vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, o sea, cuando el hombre reconoce el límite de contacto entre sí y su sociedad (Salama, 1988).

La formación y el proceso de construcción del significado figura-fondo es una constante en el funcionamiento humano. La calidad de este proceso determina la calidad de la conciencia y autorregulación de la persona, la figura que se forma en este proceso debe ser moldeada por la necesidad orgánica dominante de la persona y del ambiente (Yonteff, 1997).

Las relaciones entre pensamiento y percepción parecen estar afectadas en los pacientes psicóticos, por lo que hay una pérdida de la estructura objetiva de los fenómenos percibidos, resultando en percepciones delirantes, donde se le asigna un significado anormal a estímulos externos, por la dificultad de captar objetivamente. Por lo que no se respondería claramente ni al mundo exterior ni a las propias necesidades.

El sujeto estaría fuera de la realidad, ya que no tendría el ajustamiento creativo del organismo al medio, es decir, no tendría la flexibilidad necesaria para una adaptación competente (Ginger y Ginger, 1993).

Por otra parte Latner (1973), señala que en la psicosis el ello adquiriría una predominancia excesiva y rígida sobre el modo ego. Este fenómeno sería una forma de escape de los problemas de la realidad, una "retirada a nuestro yo". Por lo que el psicótico se encontraría con un medio con el cual le cuesta interactuar y prefiere no hacerlo, volcándose en su mundo interno de las fantasías, pensamientos, deseos, que al volverse rígidos y al perder el contacto con las otras dos zonas se vuelven patológicos, o sea, delirios, alucinaciones.

Para Van Dusen (1992) citado por Salama (1998), la locura es una desconexión de sí mismo y de los demás, por lo que hay una evasión completa frente a las responsabilidades. Esto produce una restricción en la perspectiva del mundo y del significado de la propia existencia. El insight de los psicóticos es un volcamiento hacia sus fantasías, sin comprender un mayor conocimiento de sí.

MODELO PSICOANALÍTICO

En este modelo la patología de la psicosis está relacionada con un trastorno primitivo de los procesos de interiorización. Su trastorno esencial se relaciona con ciertas formas de patología del carácter, que pueden entenderse en términos de sus componentes estructurales, donde existen trastornos de los procesos de integración y organización que permiten el establecimiento de estructuras del yo adecuadas. El proceso es de un nivel de fijación considerablemente más primitivo que cualquier otro trastorno y está dado en función de una disrupción y distorsión en el contexto inicial de la interacción madre-hijo. La organización de los introyectos es más frágil y menos coherente, el grado de fusión instintiva es más grave y primitiva, la sensibilidad a ataques regresivos es más fácil e intensa y la resultante escisión del yo considerablemente más profunda y radical, dejando al yo en un estado fragmentado, vulnerable y débil (Kaplan y Sadock, 1995).

Según esta postura, las psicosis se dividen en dos grandes grupos: las orgánicas, donde existe una patología cerebral o somática general como causa de la perturbación psíquica; y las funcionales o endógenas, en las que no existe una alteración orgánica concreta y desencadenante del trastorno y en las que se considera que existe una multiplicidad de factores somáticos y psicológicos.

Las psicosis funcionales se explican por la retirada de la libido del mundo exterior por sus excesivas exigencias para el yo. Esta libido más tarde es abandonada por el yo y es volcada al exterior, con lo que se originan las distintas manifestaciones de la psicosis (Coderch, 1991).

Las psicosis funcionales se pueden dividir en tres grupos: psicosis esquizofrénicas, psicosis paranoicas y psicosis maniaco depresivas o afectivas. Las psicosis esquizofrénicas y paranoicas son los tipos más graves y extendidos de psicosis funcionales, su principal diferencia radica en que, en la paranoia, el delirio permanece contenido dentro de límites, gracias a la mayor fuerza y capacidad defensiva del yo, sin invadir todo el sistema de relaciones del individuo con el mundo exterior y con los otros y sin que la regresión instintiva del conflicto entre las diversas instancias psíquicas conduzca al grado de disgregación que se observa en la esquizofrenia (Gomberoff, 1985).

Esta teoría propone que gran parte de los fenómenos que se presentan en esta enfermedad son consecuencia del conflicto entre las instancias psíquicas y de la distorsión de las funciones del yo como consecuencia de tales conflictos. El yo, al estar abrumado por la ansiedad y ser desarrollado anormalmente, no es capaz de cumplir su función en forma adecuada y adaptada a la realidad externa e interna, por lo que se ve en la necesidad de recurrir a mecanismos de defensa muy primitivos y deformadores de la realidad (Coderch, 1991).

Las manifestaciones psicóticas son las consecuencias de la lucha entablada por el yo para defenderse de un dolor insoportable. Según Freud (1924b), el yo de la psicosis se separa en dos partes: una repudiada y pérdida, y la segunda que alucina con una nueva realidad. El proceso psicótico se inicia con la expulsión brutal de un jirón del yo y culmina con la percepción alucinada del fragmento rechazado transformado en una realidad nueva, una realidad alucinada.

Tanto neurosis como psicosis expresan la rebelión contra el mundo exterior, su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad. “La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (Freud, 1924b). De acuerdo a los modelos expuestos no sabemos pues, si la psicosis es un trastorno metabólico, el síndrome de extrañas defensas psicológicas o el resultado de

experiencias y exigencias sociales. Como se ha visto anteriormente la psicosis no se limita sólo a un modelo, pues existen distintas miradas que la explican proponiendo distintas intervenciones para su manejo, sin excluirse mutuamente, por cuanto, en esta enfermedad se ha encontrado diversos factores que lo desencadenan.

Crterios diagnósticos

A medida que transcurren los años y desde sus inicios las clasificaciones psiquiátricas han ido evolucionado en las definiciones de los cuadros psicóticos tanto en los nombres que se le han dado como en los síntomas asociados para dar a conocer su evolución. La importancia de conocer un diagnóstico clasificador de la enfermedad psicótica resulta de su amplio uso entre la comunidad clínica así como su generalización científica.

La psicosis se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para definir un diagnóstico es necesario analizar parámetros de examen psicopatológico (conciencia, psicomotricidad, afecto, atención, concentración y memoria, inteligencia curso del pensamiento, sensopercepción), así como la evolución y formas del curso del cuadro clínico.

Dentro de los síntomas característicos se implican una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales incluidas la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Estos síntomas pueden clasificarse en positivos y negativos (American Psychiatric Association, 2002).

Síntomas positivos

Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial, la percepción, el lenguaje y la organización comportamental. Estos síntomas positivos obedecen a dos dimensiones: la dimensión "psicótica" que incluye ideas

delirantes y alucinaciones, y la dimensión "de desorganización" que incluye el comportamiento y lenguaje desorganizados (DSM-IV, 1994).

a. Dimensión psicótica:

- Ideas delirantes: creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias. Su contenido más común corresponde a ideas de persecución, también son comunes las autorreferenciales, somáticas, religiosas o grandiosidad.

- Alucinaciones: ocurren en cualquier modalidad sensorial, pero las auditivas son las más comunes en la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, extrañas o conocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial: las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) y las ocurridas al despertar (hipnopómpicas) se consideran normales.

b. Dimensión desorganización:

- Pensamiento desorganizado: es descrito como una de las características esenciales de la esquizofrenia, como es difícil definir objetivamente un trastorno del pensamiento, se ha optado por el concepto de lenguaje desorganizado, que en sujetos con esquizofrenia comúnmente se observa tangencialidad y laxitud en el discurso. Puede manifestarse en diversas formas que van desde las más infantiles hasta la agitación impredecible.

Síntomas Negativos

Los síntomas negativos de la esquizofrenia se refieren a la disminución o pérdida de las funciones normales y constituyen una parte primordial de la morbilidad asociada con el trastorno, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres: el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia.

a) Aplanamiento afectivo: frecuente y se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto (hipomimia), contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.

b) Alogia (pobreza del habla): se manifiesta por las respuestas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso en la fluidez y la productividad del habla.

c) Abulia: caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante un largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

Según el examen psicopatológico

Entre los cuadros psicóticos se pueden diferenciar aquellos que presentan compromiso de conciencia, que corresponderían a trastornos orgánicos tales como, el delirium, intoxicaciones o abstinencia de sustancia químicas y epilepsia.

En relación a los cuadros psicóticos que se presentan sin compromiso de conciencia, se tiene que a su vez se diferencian en aquellos que presentan un foco causal explicativo y los que no lo presentan. Los últimos, por su parte, se encuentran divididos según el estado de ánimo, exaltado o deprimido y sin alteración o aplanamiento afectivo.

Según su curso

Los trastornos psicóticos cuya duración supera el día, pero es menor a un mes, se denominan trastornos psicóticos breves. Ahora bien, si la alteración se prolonga de uno a seis meses, se hablaría de trastorno esquizofreniforme. Por último, si la duración de éste supera los seis meses, se trataría ya sea de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno delirantes.

Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)

La clasificación actual de la Asociación Psiquiátrica Americana constituye el Manual Diagnóstico y Estadístico, cuya versión es el DSM - IV. Según este sistema diagnóstico, se distinguen nueve subtipos de trastornos psicóticos. Estos son:

1.1) Esquizofrenia

Se consideran como características esenciales la presencia de dos o más síntomas, como las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónicos o gravemente desorganizado, o síntomas negativos. Estos deben darse al menos por un mes, y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses. Estos signos y síntomas además están acompañados de una marcada disfunción social o laboral.

La alteración no puede ser explicada por un trastorno esquizoafectivo, del estado de ánimo con síntomas psicóticos, o por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

La esquizofrenia puede dividirse en 5 subtipos que se diagnostican y clasifican por la sintomatología que presentan. Según este criterio, se encuentran:

- a. Tipo Paranoide: Existe preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento desorganizado o catatónico, ni afectividad plana o inapropiada.
- b. Tipo Desorganizado: Predominio de lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o afectividad plana o inapropiada, sin incluir los criterios para el diagnóstico de tipo catatónico.
- c. Tipo Catatónico: cuadro clínico dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motriz; actividad motriz excesiva que no tiene ninguna finalidad ni está determinada por estímulos externos; negativismo extremo o mutismo; movimientos voluntarios peculiares que se ponen de manifiesto mediante posturas inapropiadas o extrañas, movimientos estereotipados, manierismos o muecas; ecolalia o ecopraxia.
- d. Tipo Indiferenciado: están presentes los síntomas del criterio A para el diagnóstico de la esquizofrenia, pero no se reúnen los criterios para establecer el diagnóstico de los tipos paranoide, catatónico o desorganizado.
- e. Tipo Residual: tipo de esquizofrenia donde hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente

desorganizado, existiendo evidencia de los síntomas del criterio A de esquizofrenia pero atenuados.

1.2) Trastorno Esquizofreniforme

Las características esenciales de este trastorno son compartidas con las de la esquizofrenia, pero se diferencian en que la duración total de la enfermedad es de al menos 1 mes, pero menor que 6 meses incluyendo las etapas prodrómica, activa y residual. Además no es necesario que exista un deterioro de la actividad social o laboral durante la enfermedad.

En este trastorno existen características que están relacionadas con un posible mejor pronóstico, entre las que se encuentran el inicio de los síntomas psicóticos dentro de las primeras cuatro semanas del primer cambio comportamental o en la actividad diaria, confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico, buena actividad social y laboral premórbida y ausencia de aplanamiento afectivo.

1.3) Trastorno Esquizoafectivo

La característica primordial de este trastorno es la presencia de un período continuo de enfermedad durante el cual se presenta un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente, con síntomas para la esquizofrenia. También se presentan ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas, sin presencia de síntomas afectivos. Los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad y no deben ser atribuibles a efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad médica.

La codificación basada en el tipo lo diferencia en:

- Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).
- Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

1.4) Trastorno Delirante

La característica esencial es la presencia de una o más ideas delirantes no extrañas que persisten por al menos un mes. El diagnóstico de esta enfermedad no debe realizarse si el sujeto a presentado alguna vez un cuadro clínico que cumpla con criterios para la esquizofrenia. Salvo por la consecuencia directa de las ideas delirantes, no debe existir un deterioro importante en la actividad psicosocial, ni un comportamiento excéntrico. Cuando se presentan episodios afectivos junto con las ideas delirantes, la duración total de estos es menor comparada con la de los periodos delirantes.

Según el tema delirante que predomine se pueden clasificar de tipo erotomaníaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto o no especificado.

1.5) Trastorno Psicótico Breve

Se caracteriza por un súbito inicio y la presencia de por lo menos uno de los síntomas positivos de la esquizofrenia. La duración de este episodio debería superar el día, pero sin llegar a durar un mes, luego del cual el sujeto debería recuperar su nivel de actividad premorbida. No debe relacionarse con trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, con un trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, ni ser causa fisiológica directa de alguna sustancia o enfermedad médica.

1.6) Trastorno Psicótico Compartido (Folie à deux)

Consiste en el desarrollo de una idea delirante a partir de la relación establecida con otra persona que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las ideas delirantes del caso primario en su totalidad o en parte. No se explica la idea delirante por un trastorno psicótico, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos o por efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

1.7) Trastorno Psicótico debido a Enfermedad Médica

Se caracterizan por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes debidas a efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad médica que deben ser probados en la

historia clínica, estudios de laboratorio y exploración física y no se pueden explicar por la presencia de otro trastorno mental.

1.8) Trastorno Psicótico inducido por Sustancias

La característica esencial es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes causadas por los efectos fisiológicos de algunas sustancias. La alteración no puede explicarse por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancia.

1.9) Trastorno Psicótico no especificado

Categoría constituida por sintomatología psicótica sobre la que no se dispone de información adecuada para realizar un diagnóstico específico, existen informaciones contradictorias o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para un trastorno psicótico específico.

Clasificación de la Organización Mundial de la Salud

La Organización mundial de la Salud (1992), en su Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-10, distingue treinta cuadros pertenecientes a la psicosis, los cuales son:

2.1) Esquizofrenia

Este trastorno se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.

Generalmente, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que normalmente dan la vivencia de individualidad, singularidad y dominio de sí mismo.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico y suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

- Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional. Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroleptica.
- Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Esquizofrenia paranoide

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y predominar las alucinaciones o las ideas delirantes siendo relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos.

Normalmente las alucinaciones son voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, alucinaciones auditivas sin contenido verbal o alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales.

Esquizofrenia Hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Esquizofrenia Catatónica

Trastorno caracterizado por la presencia de trastornos psicomotores graves, donde en primera instancia deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. En el cuadro clínico deben aparecer uno o más de los siguientes tipos de comportamiento: estupor o mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cérea, obediencia automática o perseveración del lenguaje

Esquizofrenia Indiferenciada

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos previamente descritos o

presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular.

Depresión Postesquizofrénica

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico.

Esquizofrenia Residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Esquizofrenia Simple

Trastorno en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Otra Esquizofrenia

Incluye la esquizofrenia cenestopática y el trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Esquizofrenia sin especificación

2.2) Trastorno Esquizotípico

Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno.

2.3) Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes

Variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras.

Trastorno de Ideas Delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles.

Otros Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes

Categoría residual para los trastornos de ideas delirantes persistentes que no reúnen las pautas de un trastorno de ideas delirantes. Deben codificarse aquí los trastornos en los cuales el tema o conjunto de ideas delirantes se acompañen de voces alucinatorias o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia.

Trastorno delirante persistente sin especificación

2.4) Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente: comienzo agudo, como característica que define al grupo en general; presencia de síndromes típicos; y/o presencia de estrés agudo (los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural).

Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo sin Síntomas de Esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas.

Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

Trastorno Psicótico Agudo de tipo Esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo.

Otro Trastorno Psicótico Agudo con predominio de Ideas Delirantes

Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las

pautas de la esquizofrenia. Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas.

Otros Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios

Trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes. Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio Sin Especificación

2.5) Trastorno de Ideas Delirantes Inducidas

Trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra, son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza.

2.6) Trastornos Esquizoafectivos

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual.

Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Maníaco

Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de

euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal.

Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Depresivo

Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos.

Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Mixto

Trastornos en los cuales los síntomas esquizofrénicos coexisten con los de trastorno bipolar, episodio actual mixto.

Otros Trastornos Esquizoafectivos

Trastorno esquizoafectivo sin especificación

2.7) Otros trastornos psicóticos no orgánicos

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia o para los tipos psicóticos de trastornos del humor y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para trastorno de ideas delirantes persistentes.

2.8) Psicosis no orgánica sin especificación

Incluye la psicosis sin especificación y la psicosis de origen incierto.

CAPÍTULO 2: RELACIONES OBJETALES

2.1 Historia

Uno de los descubrimientos fundamentales y de más largo alcance con respecto a la historia del hombre es el realizado por Freud que postula la existencia de una parte inconsciente de la mente cuyo núcleo se desarrolla en la más temprana infancia. Los sentimientos y fantasías infantiles dejan sus huellas en la mente, huellas que no desaparecen, si no que se almacenan, permanecen activas y ejercen una continua y poderosa influencia sobre la vida emocional del individuo adulto.

La Teoría de las Relaciones Objetales ocupa un lugar primordial entre los desarrollos psicoanalíticos postfreudianos, la cual ha evolucionado siendo abordada desde distintos puntos de vista. La consolidación de toda teoría científica exige reconocer sus iniciales puntos de partida y el proceso que a partir de ellos se ha llevado a cabo. En este sentido, queremos exponer una reconstrucción breve de esas bases en lo que concierne a esta teoría.

Desde sus primeros escritos Freud ya comenzaba a abordar una definición clara del significado del objeto, en algunos de sus trabajos como en el de 1905 “Tres ensayos de una teoría sexual” o en 1915 en “Pulsiones y sus destinos” describe el “objeto de la pulsión” el cual permite la descarga de tensión pulsional, generadora de placer, a través de una conducta consumatoria que constituye el fin de la pulsión, pudiendo ser externa al cuerpo del sujeto o parte del mismo. En este contexto, el objeto es el elemento más variable de la dinámica pulsional, ya que es infinitamente reemplazable (Freud, 1915).

Desde esta perspectiva, el objeto en su condición misma tenía muy poco de personal, pues era algo sobre lo cual se descargaban impulsos de energía y que se distinguía sólo a los fines de búsqueda del placer, de satisfacción y de alivio por parte del sujeto (Hinshelwood, 1989).

De acuerdo a Sanfeliu, (2000), Karl Abraham será uno de los primeros autores en otorgar el significado del objeto en relación a la función materna. Para Abraham (1924) citado por esta autora, la ternura de la madre es el primer objeto; el diálogo objetal inicia el juego recíproco de las fantasías. Los sentimientos que el bebé estrena con la madre serán transportados luego al padre y, por fin, a la comunidad.

Sus investigaciones comienzan en el campo de las psicosis desde un estudio profundo y detenido de las fases de evolución de la libido donde nace el objeto con toda su fuerza. La precocidad y profundidad con que aborda las relaciones objetales abonan el camino a Melanie Klein, quien posteriormente, realizó innovadores aportes a la teoría del funcionamiento mental, basándose en observaciones que surgieron del análisis de niños. Para ello partió de la base que la forma de expresión natural del niño es el juego y que por lo mismo puede ser usado como medio de comunicación con ellos, lo consideró más que una forma de explorar y controlar el mundo externo, como un medio de controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías.

Sus estudios se volcaron principalmente en la relación de objeto entre el bebé y su madre, haciendo énfasis en la existencia de relaciones de objeto tempranas, que se basan en la existencia de un objeto real interno, para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo.

Para Klein (1931) el mundo interno supone entonces la presencia de pulsiones libidinales y agresivas y requiere de representaciones para ser expresadas. Estas pulsiones podían ser proyectadas al exterior y devueltas siendo introyectadas por él bebe. Esta dinámica sería fundamental en el desarrollo psíquico y de la personalidad.

Como puede apreciarse, esta teoría permitiría integrar, en forma armoniosa, los elementos internos y externos de la experiencia humana, ya que investiga y conceptualiza la influencia de las relaciones interpersonales externas sobre la organización de las estructuras mentales internas, así como la forma en que estas

últimas determinan las nuevas relaciones interpersonales que se establecen posteriormente.

Dentro de las contribuciones de Melanie Klein, Coderch, (1990) subrayó la importancia de la agresión pregenital, sobre todo el sadismo oral, para determinar los primitivos objetos internos fantaseados y la estructura básica del superyó. Reconociendo el concepto de instinto de muerte como el contenido básico de la ansiedad y la fuerza que generen los primitivos mecanismos de proyección que protegen al yo de sus efectos.

Sin embargo, la discusión sobre lo interno y lo externo continuaría siendo una importante fuente de conflicto en psicoanálisis. Éste fue el principal motivo del violento rechazo padecido por Sándor Ferenczi cuando pretendió reformular el problema teórico-clínico del efecto estructurante de las experiencias reales de maltrato vividas por los niños (Masson, 1984 citado por Sanfeliu, 2000).

A partir de ese momento, el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales se dividió en dos corrientes. La primera de ellas, iniciada por Karl Abraham (1924) y posteriormente desarrollada por Melanie Klein y su escuela (1931; et al. 1952), que enfatiza la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto y concentra su atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. La segunda, que proviene de la obra de Ferenczi (1932), y se continúa con la de Ronald Fairbairn (1952), Donald W. Winnicott (1957) y Michael Balint (1967), entre otros autores de la llamada “escuela británica”, quienes enfatizan el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo. Otto Kernberg (1976), por su parte, intenta integrar ambas versiones en una visión más sistémica de la interacción entre sujeto y objeto, entre lo interno y lo externo.

La teoría de las relaciones objetales rompe desde un comienzo con la teoría de las pulsiones al destacar otras motivaciones del ser humano, no relacionadas con la búsqueda del placer impersonal, sino con las necesidades de relación, altamente

personales. Es por eso que Fairbairn (1952) afirmó que “la libido es esencialmente buscadora de objetos” y no de placer.

En la misma línea, Winnicott (1965) distinguió entre las “necesidades del ello”, es decir, los deseos pulsionales, y las “necesidades del yo”. De estas últimas afirmó que no es adecuado decir que se gratifican o se frustran, ya que nada tiene que ver con la búsqueda del placer como descarga, sino que simplemente encuentran respuesta en el objeto, o no la encuentran. Estas necesidades incluyen anhelos tales como el de ser visto, reconocido o comprendido, o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando éstas no encuentran respuesta, la reacción emocional del sujeto no es de frustración, sino de vacío y desesperanza. Cuando sí la encuentran, lo que surge no es una experiencia de placer sino de armonía y plenitud.

2.2 Definición

Como es sabido, quizás el momento más importante en la crianza de un hijo, es durante los primeros meses de su vida; ya que es en esos momentos en donde el niño más necesidad tiene de ser colmado tanto en sus necesidades fisiológicas como psicológicas, principalmente de estas últimas ya que serán estas las que darán paulatinamente al pequeño su estatuto de ser. A este tipo de relación existente entre la madre y su pequeño, es lo que se conoce en psicoanálisis como relación de objeto.

El desarrollo del psiquismo nos enfrenta a un reconocimiento del sujeto en intercambio permanente de experiencias objetivas y subjetivas, donde los personajes significativos van a generar un clima emocional que será terreno para futuras relaciones objetales, vínculos que van a signar nuestro estado mental.

En cuanto a la conceptualización del término “relaciones objetales” y de la ubicación de los teóricos dentro de la teoría de las relaciones objetales, Bleichmar y Liberman (2010) mencionan que no existe un total acuerdo acerca de lo que se entiende por relación de objeto, ni cuando una teoría pertenece o no a esta corriente, la teoría de las relaciones de objeto tiene varias líneas internas por lo que escapa a una definición simplista, sin

embargo para estos autores surgen ideas fundamentales en todas las teorías y algunas de ellas son:

- Es decisiva la relación temprana con la madre y luego con los padres
- No se piensa en términos de impulsos que buscan descargarse (o por lo menos, no exclusivamente así), sino en una necesidad de contacto con el objeto primario, ya sea para seguridad, identificación, tranquilidad, unidad del self, humanización, etc.
- La patología, sobre todo la más grave, se origina en estos estadios del vínculo inicial del bebe con la madre
- El complejo de Edipo al igual que es superyó, tiene como antecedentes las etapas y necesidades de los primeros periodos de la vida, si estas andan bien, el desenlace del complejo de Edipo tiene todas las posibilidades de resolverse adecuadamente.

Una forma de definir la teoría de las relaciones objetales es afirmar que ésta pretende dar cuenta de cómo la experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables de la mente. En otras palabras, se trata del desarrollo, hasta sus últimas consecuencias, de la hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos. Existe, desde luego, una interacción entre la internalización de las experiencias de relación, por una parte, y la actualización de las estructuras relacionales internalizadas, encarnándose en nuevas relaciones, que a su vez serán internalizadas. En consecuencia, la vida de relación toma la forma de un proceso circular, semejante a los descritos por los teóricos de los sistemas generales (Bateson, 1972 citado por Foerster, 1991).

Para Laplanche y Pontalis (1996) el término "relación objetal" es utilizado para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.

Tyson (2000) señalan que las relaciones de objeto son representaciones mentales inconscientes de los objetos y del sentido del self en interacción con ellos que se forma

en el curso del desarrollo a partir de interacciones y experiencias importantes de la infancia, y afectan profundamente las interacciones interpersonales de la persona y sus elecciones de objeto.

Lebocivi y Soulé (1973) se refieren a la relación objetal como “un sistema evolutivo resultante de la transición entre el sujeto y el objeto”; el objeto libidinal es un aspecto del yo que llega a ser independiente de toda realidad externa.

Kernberg (1976) señala que la teoría de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes.

Para Scharff y Scharff (1987) la teoría de las relaciones objetales se refiere a “una teoría psicoanalítica de la personalidad humana que sostiene que el infante humano es capaz de relacionarse activamente desde su nacimiento”. Asimismo está comprendida por varias teorías cuyo concepto central es que el yo es capaz de relacionarse con un objeto externo desde el nacimiento. La experiencia es internalizada dentro de la psique como un objeto interno en estrecha conexión con una parte correspondiente del yo, ambas son en una parte conscientes y en otra inconsciente.

Para Bellak y Goldsmith (1993) las relaciones objetales constituyen una de las funciones del yo, que comprenden tanto el grado como la manera de relacionarse con los demás, el grado en el que los demás son percibidos como entidades separadas, más que como extensiones de sí mismo, así como la medida en que las relaciones presentes están influidas por las relaciones infantiles del pasado.

Modell (1986) menciona que el crecimiento de las relaciones objetales es el resultado de la interacción de dos marcadas fuerzas: una se relaciona con la calidad del maternaje y la otra con el equipo biológico del niño. El daño en los procesos biológicos puede dejar una dañada capacidad para formar relaciones con los objetos.

La madre ofrece una atención que es esencial para el bebé e impone condiciones a las que el niño debe adecuarse (Bleichmar, 2005). El resultado de una relación mutua, predecible y articulada con una figura materna sería la base para subsecuentes separaciones, exploraciones y eventuales individuaciones.

Para Fairbairn (1952) el principio de la libido no está regido por la búsqueda del placer si no de objetos; por lo tanto el verdadero fin libidinoso es establecer relaciones satisfactorias con los objetos, el objeto es la meta libidinosa, los fines libidinosos están intrínsecamente vinculados con las relaciones objétales.

Cabe resaltar que cuando hablamos de objeto en la teoría de las relaciones objetales nos estamos refiriendo siempre a un “objeto humano”, es decir, a una persona, una parte de una persona, o una imagen más o menos distorsionada de éstas. Aquí el objeto deja de ser impersonal y reemplazable, para volverse intensamente personal. No es el objeto de una pulsión, un mero requisito para la obtención del placer, sino un objeto de amor o de odio, que el yo busca para encontrar respuesta a su necesidad de relación.

El reconocer la importancia esencial de estas necesidades de relación objetal no supone en absoluto ignorar la vigencia de los deseos pulsionales (sexuales y agresivos). Estos existen, indudablemente, pero en condiciones normales sólo se manifiestan en el contexto de relaciones altamente personales. En ellos, la norma es el deseo sexual como parte del amor objetal, y el deseo agresivo como parte del odio objetal, ambos indisociables de las personas a quienes se dirigen. La lujuria y la ira impersonales sólo se manifiestan en situaciones de descomposición de la integridad de la personalidad, que permiten la operación de esos mecanismos disociados de búsqueda del placer a los que Freud denominara “pulsiones” (Kohut, 1971).

2.3 Etiología

Las relaciones de objeto como todos y cada uno de los constructos psicoanalíticos poseen una hebra tejida en lo inconsciente, desde la prehistoria del sujeto respecto a

sus padres y los padres de estos y así desde muchas generaciones atrás, de aquí la importancia de indagar en los orígenes, puesto que son estos los que determinan nuestros deseos, gustos, actitudes, la forma en cómo vivimos y las elecciones que hacemos.

Para examinar la conducta humana en su contexto social desde el punto de vista psicoanalítico, es necesario investigar la forma en que el individuo evoluciona desde la infancia hasta su madurez.

La fortaleza del carácter y estructuración de la personalidad está basada en procesos muy tempranos. La relación con la madre es la primera y fundamental, aquella en la que el niño experimenta amor y odio por primera vez. No sólo es un objeto externo sino que el niño internaliza aspectos de su personalidad. Si los aspectos buenos de la madre introyectada dominan a los frustrantes, esta madre internalizada deviene la base de la fortaleza del carácter, de lo contrario si los aspectos malos de la madre introyectada son más fuertes, la base del carácter y la personalidad podría verse afectada, incluso para ser el punto de partida de una grave patología.

Para Klein (1952) el yo inmaduro del bebe está expuesto desde el inicio a la ansiedad que el nacimiento le provoca. Esta experiencia que, según Freud, proporciona el patrón de todas las situaciones de ansiedad ulteriores, marca las primeras relaciones del bebe con el mundo exterior. Pareciera como si el dolor e incomodidad sufridos por el niño así como la pérdida del estado intrauterino, fueran sentidos como un ataque de fuerzas hostiles, es decir, como persecución.

Si el nacimiento ha sido dificultoso y sobre todo si existieron complicaciones tales como la falta de oxígeno, ocurre entonces una perturbación en la adaptación al mundo externo y la relación con el objeto se inicia en forma desventajosa. En casos como éstos el niño queda menoscabado en su capacidad de experimentar nuevas fuentes de gratificación y por lo tanto no puede internalizar suficientemente un objeto primario realmente bueno.

Además, si el niño goza o no de alimentación adecuada y cuidados maternos, si la madre goza ampliamente con el cuidado del niño o sufre ansiedad y tiene dificultades psicológicas con la alimentación, serán factores influyentes en la capacidad del niño para aceptar el alimento con placer e internalizar un objeto bueno (Klein, 1952).

Segal (1999) dice a esto: “Desde el momento del nacimiento él bebe se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos”.

Las experiencias tempranas de gratificación y frustración desempeñan un papel central en la dinámica interna del niño pequeño, no por como son los estímulos en sí mismos sino por la manera, constitucionalmente condicionada, en que el niño las elabora. Para Klein (1946), desde el nacimiento existen dos pulsiones básicas, la de vida y muerte, que provocan ansiedades tempranas de diferentes cualidades.

En una etapa pre objetal, la madre es captada por el niño de forma fragmentada tal como un objeto parcial, primero a través del pecho, para su sobrevivencia es necesario que sea alimentado y el pecho es quien lo nutre, todo esto a través de la cavidad oral, que funge como un puente entre lo externo y lo interno (Klein, 1931). Para esta autora el desarrollo de un niño pequeño está gobernado por los mecanismos de introyección y proyección. Desde el comienzo el yo introyecta objetos “buenos” y “malos” siendo el pecho de la madre el prototipo de ambos: de los objetos buenos cuando el niño lo consigue y de los malos cuando le es negado.

Klein (1937) menciona que las fantasías tempranas que acompañan los sentimientos del lactante son variadas, y siempre que le es necesario, imagina la gratificación que le falta. Con todo ello, las fantasías placenteras también coexisten con la satisfacción real y las destructivas vienen por la frustración y los sentimientos de odio que estas despiertan. Cuando se siente frustrado por el pecho, lo ataca en sus fantasías, pero si el pecho lo gratificó, lo ama y fantasea agradablemente con él. En sus fantasías

agresivas desea morder y destrozar a la madre, a sus pechos y destruirla también en otras formas. El lactante cree que sus deseos tiene un efecto real en el objeto, donde estos destruyen y pueden estar destruyendo este mismo, esto tiene consecuencias importantes en el desarrollo mental.

Siguiendo a Mahler (1968), el psiquismo se forma a través de un proceso continuo y progresivo cuyo resultado es la relación objetal intrapsíquica que el niño logra consolidar aproximadamente a los 3 años. Se necesita del vínculo con la madre como la única posibilidad para la supervivencia (Bleichmar, 2005).

Para el niño las representaciones mentales del objeto y del self se construyen a partir de los pasos progresivos en el desarrollo de las relaciones con los objetos. Mahler puntualizó la disponibilidad emocional apropiada de la madre y el intercambio afectivo entre ésta y su bebé como rasgos importantes para promover la formación de las estructuras psíquicas (Tyson, 2000).

Para Bion (1962) una de las condiciones para que el objeto externo pueda ser internalizado es que la madre sea capaz de sostener al bebe no sólo física, sino emocionalmente. En la concepción continente-contenido, el self con la ayuda de un objeto puede ligar las experiencias emocionales a símbolos, es decir asignar significado a las experiencias sensoriales, como fundamento de los procesos del pensamiento.

Winnicott (1965) pone en valor la influencia ambiental (materna) en el desarrollo emocional temprano del bebé. A partir de su experiencia con niños pequeños advirtió que buena parte de sus problemas emocionales parecían encontrar su origen en etapas tempranas de su desarrollo. Señalo que el cuidado materno satisfactorio conduce a la instauración de las primeras relaciones objetales del infante, así como sus primeras experiencias de satisfacción instintiva; dividió el cuidado materno en tres fases: el sostenimiento, la convivencia entre la madre y el hijo y la convivencia entre la madre, el padre y el hijo. La salud mental del individuo se apoya en este cuidado materno.

También observo en el comportamiento de los niños pequeños la introducción del puño o del pulgar en la boca del recién nacido, y más tarde el apego del niño a un osito, a una manta o a un juguete; se interesó por la naturaleza de dicho objeto, la capacidad del niño de reconocer dicho objeto como un “no-yo”, la ubicación del objeto, la capacidad del niño para producir un objeto, la iniciación de un tipo afectuoso de relación de objeto; en base a ello describió una zona intermedia entre realidad interna y realidad externa en la que ubica a lo que llamo “fenómenos transicionales” y “objetos transicionales” que “representan” a la madre, es decir al objeto libidinal y en palabras del autor designan “la zona intermedia de experiencia entre, el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado. Por lo tanto el objeto es primero un fenómeno subjetivo que se convierte en un objeto percibido objetivamente.

Balint (1967) sostuvo que la base del desarrollo de la personalidad descansa en relaciones objetales satisfactorias. Observo que algunos pacientes se enfrentaban a su existencia con un vacío, algo perdido en su personalidad; noto que se trataba de una falta fundamental temprana que por consiguiente influía en la forma en que el yo se relaciona con los objetos; a esto lo llamo “la falta básica”, sugirió que surge de una falla en el ajuste entre la madre y el bebé, y describió como la falta básica conduce a una inseguridad en las futuras relaciones objetales.

En lo que se refiere a la personalidad normal, puede decirse que el curso del desarrollo del yo y de las relaciones de objeto depende del grado en que pueda lograrse un óptimo equilibrio entre la introyección y la proyección de los estadios tempranos del desarrollo.

La importancia de este capítulo ha quedado clara después de la revisión que se ha hecho de la psicosis. Como se ha visto la teoría de las relaciones objetales se ha ido desarrollando desde los primeros escritos de Freud con diversas posturas conceptuales dentro de la teoría psicoanalítica, las cuales han ido conformado a lo largo de los años distintas corrientes de esta teoría. Si algo es ineludible en todas ellas, es la importancia

decisiva de la vinculación temprana entre el recién nacido y su madre como primer objeto de relación humanizante y en el impacto que tiene en su futura estructuración psíquica.

CAPÍTULO 3: RELACIONES OBJETALES Y PSICOSIS

Un eje fundamental del concepto psicoanalítico de psicosis es el del narcisismo, por lo que resulta importante hacer una revisión, dentro de lo que la investigación nos permite, de este concepto y su relación con las patologías más graves de la personalidad que nos interesan.

3.1 Narcisismo

El término “narcisismo” fue empleado por primera vez en 1887 por el psicólogo francés Alfred Binet para designar una forma de fetichismo que consiste en tomar la propia persona como objeto sexual. Esta misma palabra fue utilizada posteriormente en 1898 por Havelock Elis para referirse al comportamiento perverso relacionado con el mito de Narciso. En 1899, en su comentario de artículo de Elis, el criminólogo Paul Kacke introdujo el término en el idioma alemán. El término en psicoanálisis fue utilizado por primera vez por Freud en una nota añadida en 1910 a los Tres ensayos de teoría sexual. Hablando de los invertidos y por lo tanto sin utilizar aun la palabra homosexual.

Freud describe que ellos se toman así mismos como objetos sexuales y que, partiendo del narcisismo, buscan a hombres jóvenes semejantes a su propia persona, a quienes quieren amar como sus madres los amaron a ellos (Roudinesco y Plón, 2003).

En 1911 en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia” Freud utiliza nuevamente el término para explicar cómo en la psicosis se produce una desconexión con la realidad, de manera que el sujeto presenta una falta de interés por el mundo externo y se vuelve sobre sí mismo, reforzado todo ello por una gran megalomanía e imagen distorsionada de la realidad externa e interna.

He aquí un texto de Freud para expresar dicha idea:

"La libido sustraída al mundo exterior ha sido aportada al yo, surgiendo así un estado al que podemos dar el nombre de narcisismo. Por ello la misma megalomanía no es algo nuevo sino, como ya sabemos, es la intensificación de concreción de un estado que ya

venía existiendo, circunstancia que nos lleva a considerar el narcisismo engendrado por el arrastrar así las catexias objetales, como un narcisismo secundario, superimpuesto a un narcisismo primario encubierto por diversas influencias" (Freud, 1911).

Aquí podemos entender como Freud explicar que la megalomanía no es ni más ni menos que una vuelta a sí mismo, un encerramiento en sí, una ensimismamiento que le hace retrotraerse al estado anterior de narcisismo primario, estadio en el que el niño vive la omnipotencia del pensamiento, siente ser el centro del mundo y del universo.

Originalmente, según Freud, toda persona tiene dos objetos sexuales: ella misma y la persona que la cuida. Esta creencia se basó en la observación de que un bebé podía obtener placer erótico de su propio cuerpo y también del cuerpo de su madre. A partir de aquí, Freud postulo la existencia de un narcisismo primario presente en todas las personas, que a la larga podía manifestarse como dominante en la elección de objeto.

Se podría considerar entonces como una consecuencia patológica el fracaso del niño en la evolucionar desde el estado de él mismo como objeto de amor (narcisismo primario) al del objeto verdadero (amor dirigido a otra persona) (Lowen, 1995).

Freud (1914) distingue entonces un narcisismo primario (antes de la relación de objeto), cuando no existe ninguna relación con el ambiente, o sea cuando no hay diferenciación yo-no yo; como por ejemplo, la vida intrauterina. El narcisismo secundario es el que se establece en forma simultánea a la formación del yo, por identificación con el otro, o sea un narcisismo provocado por la vuelta al yo de la libido retirado de los objetos, ya que el yo está siempre dispuesto a aceptarla.

Para Freud, el narcisismo primario es un estado precoz en que la carga de la libido está en el mismo sujeto, un estado absolutamente anobjetal o indiferenciado, que no distingue entre el sujeto y el mundo, que supone al mismo tiempo la creencia del niño en la omnipotencia de su pensamiento, mientras que en el narcisismo secundario es el retorno al yo de la libido puesta en los objetos y que puede apreciarse de forma

patológica en la psicosis (hipocondría, delirios de grandeza, narcisismo esquizofrénico) formando una estructura permanente en el sujeto.

Algunos años más tarde en 1914, la observación del delirio de grandeza y megalomanía en el psicótico llevo a Freud a definir el narcisismo como la actitud resultante de la reconducción sobre el yo del sujeto de las investiduras libidinales antes dirigidas a los objetos del mundo externo. Extendió el concepto de narcisismo al campo del desarrollo normal del yo, lo cual lo llevo a modificar radicalmente su teoría de las pulsiones (Roudinesco y Plon, 2003).

Freud (1914) plantea el narcisismo como común denominador entre psicóticos y no psicóticos, considerando la sustracción de la libido de los objetos en favor de la libido narcisista, como característica de la psicosis; admitiendo que rara vez se presenta un retiro completo de la libido y que toda persona tiene necesariamente investimentos narcisistas.

Todo esto también conduce a Freud a relacionar el narcisismo con la esquizofrenia. Los esquizofrénicos manifiestan dos características básicas, megalomanía y alejamiento del interés por el mundo. Este alejamiento del interés hacia el mundo externo es distinto del neurótico. El neurótico no se desconecta de la realidad, mantiene una relación erótica con un objeto fantaseado. En términos libidinales se dirá que la libido retirada del mundo externo y volcada sobre el yo constituirá el narcisismo, dicho fenómeno explicaría la megalomanía del esquizofrénico.

En su registro intrasubjetivo, esta retracción aparece como la vivencia del fin del mundo. El sujeto se encuentra ante el mundo muerto, vacío, monótono, sin sentido; se siente perplejo y abandonado ante ese mundo desconocido. Un narcisismo primario no transformado es el constituyente esencial de las personalidades prepsicóticas. Por otro lado, hay que recordar que la regresión nunca es un proceso global y uniforme; por el contrario, la regresión es variable, tanto respecto del grado de profundidad como de la

duración y localización. En cierta medida, la regresión es selectiva, afectando en mayor o menor grado a determinadas funciones yoicas (Galli, 1982).

Melanie Klein y los principales exponentes de la escuela inglesa se oponen a estas concepciones Freudianas, al postular la existencia primera de las relaciones de objeto, es decir, que no hay procesos anobjetales; se vio llevada a rechazar la idea del narcisismo primario pues establece que existe un yo incipiente desde el nacimiento capaz de experimentar angustia. Melanie Klein (1952) sostiene que desde un principio el niño establece relaciones objetales, por lo tanto es inadecuado hablar de una fase narcisista, pero sí se pueden considerar estados narcisistas, que se caracterizan por la vuelta de la libido hacia las imágenes de los objetos que se han internalizado.

La relación narcisista para Klein es entonces una relación con un objeto idealizado interno, en el que el yo se confunde con dicho objeto. Los vínculos narcisistas son entendidos como relaciones establecidas como un objeto interno idealizado. (Roudinesco y Plan, 2003).

En las enfermedades narcisísticas, todo consiste en la dificultad básica de discriminar el yo del no yo, lo intracorporal de lo extracorporal, lo real de lo ilusorio, la percepción de la alucinación. Fundamentalmente se trata de una desconexión con la realidad, de su desconexión de los objetos exteriores.

Desaparece todo lo que puede marcar una diferencia entre el yo y el exterior y todo queda centrado en el sujeto que vive agobiado y angustiado por su cerrazón respecto del mundo. Se pierde toda conexión verbal que permita enganchar recuerdos y rememoraciones, con lo que los síntomas no pueden ser entendidos sino como intentos posteriores de restitución de los enganches desde este mundo cerrado (Galli, 1982).

Aquí es donde cobra toda su intensidad el mito de Narciso. El drama narcisístico central es que el sujeto no puede reconocerse a sí mismo, no se oye hablar a sí mismo. Es así

como venimos a comprender que lo fundamental del concepto psicoanalítico de psicosis viene a recaer, en último término, en lo vincular.

El narcisismo, en la normalidad, es un interjuego dialéctico permanente y dinámico, donde el pasaje de las cargas de objeto primitivamente exteriores, después recolectada por el yo, nuevamente se dirigen hacia el exterior realizando los movimientos y actividades necesarios para que la realidad sea más acorde con los deseos.

En el narcisismo patológico, no salen nuevamente hacia afuera, las cargas quedan como hipocondría, como imagen grandiosa de sí mismo, como negación de la realidad, como todas esas cosas que configuran una estructura de Ideal del Yo sobre la que se cimienta toda negación posterior de la realidad compartida, convencional, exterior.

Frieda Fromm-Reichmann (1962) señaló que el paciente que más tarde desarrolla una esquizofrenia ha sido severamente traumatizado en un periodo temprano, en el que el lactante vive de una manera grandiosa en un mundo narcisista propio. En ese estado, siente que sus deseos se cumplen como resultado del pensamiento mágico. Esta autora considera que la experiencia traumática temprana abrevia el período de seguridad narcisista, lo cual sensibiliza frente a las frustraciones posteriores de la vida.

Como consecuencia, el paciente huye de la realidad intolerable de su vida presente mediante un intento de restablecer el mundo delirante autista del lactante.

Para Kernberg, (1975) las fijaciones en el nivel de narcisismo infantil normal, que en cualquier caso son patológicas. La similitud de la organización defensiva de las personalidades narcisistas con desordenes psicóticos se refleja en el predominio de mecanismos de escisión o disociación primitiva, que se pone de manifiesto en la presencia de estados yoicos mutuamente disociados o escindidos.

Sobre el narcisismo McDougall (1982) menciona:

"Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psiquis humana; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental en el inconsciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo".

3.2 Relaciones objetales y psicosis

Si bien en el psicoanálisis, desde Freud se da la importancia a lo innato, a lo que se ha llamado "linaje genético" desde la ciencia médica, es en el marco de las relaciones de objeto en donde se dan las vicisitudes que orientan al psiquismo hacia lo normal o hacia lo patológico: es por eso que se expondrán a continuación la perspectiva de distintos autores respecto a las primeras relaciones con los objetos, y como la perturbación de dichas relaciones puede ser la base de la patología mental.

3.3 Melanie Klein

Melanie Klein, realizó innovadores aportes a la teoría del funcionamiento mental, basándose en observaciones que surgieron del análisis de niños. Uno de sus mayores aportes fue realizar la modificación a la técnica analítica que le permitió aplicar el psicoanálisis a niños. Para ello partió de la base que la forma de expresión natural del niño es el juego y que por lo mismo puede ser usado como medio de comunicación con ellos, lo consideró más que una forma de explorar y controlar el mundo externo, como un medio de controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías.

Concluyó que en condiciones adecuadas, el juego de los niños, así como todas sus comunicaciones verbales, pueden cumplir una función similar a las asociaciones libres de los adultos. Al contrario de lo que pensaban la mayoría de sus contemporáneos, dijo que los niños desarrollaban una transferencia hacia el analista en forma similar a como ocurría con los pacientes adultos.

En su trabajo con niños Klein descubrió que desde los primeros momentos de vida, los infantes construyen lo que ella llamó fantasmas. Utilizó la palabra fantasma para referirse al mundo inconsciente del bebé, usando el término "fantasma" distinto de fantasía, para describir los pensamientos y deseos inconscientes que no son necesariamente reales.

En el concepto de Klein, el fantasma crea el mundo de imaginación. A través de los procesos fantasmales el bebé prueba y construye, de manera primitiva, sus experiencias de dentro y fuera. La realidad externa puede influir y modificar gradualmente el sentido poco realista de la realidad que crea el fantasma (Segal, 1999). Klein menciona que desde el comienzo de la vida el mundo objetal del recién nacido consta de objetos parciales, algunos de los cuales son gratificantes, otros frustrantes, algunos acogedores y otros hostiles, algunos en el interior y otros en el exterior. Los objetos buenos (los gratificantes) son idealizados. Los objetos malos (los frustradores) son fantasmas creados en representaciones de odio. Al ser el primer objeto el pecho de la madre, este es escindido en un pecho bueno y un pecho malo, conduciendo esta escisión a una separación entre amor y odio. La relación con el primero objeto implica su introyección y de esta manera, desde un comienzo, las relaciones de objeto son modeladas por la interacción entre proyección e introyección, entre objetos y situaciones internas y externas, interviniendo en la formación del yo y del superyó tempranos.

Klein cree que existe un yo primitivo desde el nacimiento, y es quien siente la angustia, se relaciona con un primer objeto y realiza mecanismos de defensa primitivos, mecanismos que son intensos y extremos, considerándolos de naturaleza psicótica.

Posición esquizoparanoide

Este estadio abarca de los 3 o 4 primeros meses de vida. Propone que las primeras causas externas de ansiedad vienen desde el nacimiento, donde al ser sacado del estado intrauterino, se siente incómodo y con dolor ante esa separación, esto es

percibido como un ataque de fuerzas hostiles, como una ansiedad persecutoria (Klein, 1952).

Las experiencias del bebé con su madre y con la alimentación inician una relación de objeto con ella, las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas se dirigen hacia el pecho de la madre por lo que se trata de una relación con un objeto parcial. Se presentan además los procesos de introyección y proyección, donde él bebé proyecta sus pulsiones de amor y las atribuye al pecho bueno, y proyecta sus pulsiones destructivas hacia el exterior y las atribuye al “pecho malo”. Simultáneamente introyecta al “pecho bueno y al “pecho malo”.

En la exploración de los primitivos procesos de disociación es esencial diferenciar entre un objeto bueno y uno idealizado, aunque esta distinción no pueda hacerse en forma neta. Una disociación muy profunda entre los dos aspectos del objeto indica que no son el objeto bueno y el malo los que se mantienen separados, sino un objeto idealizado y uno extremadamente malo. Esta división tan profunda y definida revela que los impulsos destructivos, la envidia y la ansiedad persecutoria son muy fuertes, y que la idealización sirve principalmente como defensa contra esas emociones.

Cuando las pulsiones del recién nacido no son gratificadas surgen las pulsiones sádico-orales hacia el pecho las cuales son elaboradas en dos tipos de fantasías: una de devorar y vaciar el cuerpo de la madre de todo lo bueno y lo deseable, y una anal de llenar el cuerpo materno con sustancias malas y partes del yo escindidas y proyectadas en el interior de la madre, representadas por los excrementos, que dañan, destruyen o controlan al objeto atacado. Las pulsiones sádicas orales, anales y uretrales se reúnen para adueñarse del pecho, posteriormente él bebé se halla bajo el temor de la venganza del pecho, sometido a sentimientos y fantasmas de persecución.

La ansiedad primordial en la posición esquizo-paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallaran y aniquilaran tanto el objeto ideal

como al yo. En esta posición el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión, que es esquizoide.

Desde un comienzo el impulso destructivo se dirige hacia el objeto y se expresa primeramente en fantasías de ataque sádico-orales al pecho de la madre, que pronto se transforman en violentos ataques a su cuerpo con todos los recursos del sadismo. Los temores persecutorios que surgen de los impulsos sádico-orales del niño de robar el cuerpo de la madre así como sus contenidos buenos y de los impulsos sádico-anales de colocar dentro de ella sus excrementos son de gran importancia en el desarrollo de la paranoia y de la esquizofrenia.

Menciona Klein (1952):

“Como consecuencia, la introyección puede entonces ser sentida como una entrada violenta desde el exterior al interior, en retribución a la violenta proyección. Esto puede conducir al temor de que no sólo el cuerpo, sino también la mente, sean controladas por otras personas de forma hostil. Como resultado puede producirse una aguda perturbación en la introyección de objetos buenos, perturbación que impedirá tanto las funciones del yo como el desarrollo sexual. Y que puede conducir a un excesivo retraimiento en el mundo interno”.

Hinshelwood (1989), define a la posición esquizoparanoide como una angustia persecutoria que es poco a poco insaturada en el estado más temprano de la psique por procesos que amenazan fragmentarla. Si es severa, coartara el avance hacia la posición depresiva porque la integridad de la psique se ve gravemente desarticulada.

Cuando la ansiedad persecutoria es menos intensa, la escisión es de menor alcance, y si el amor predomina sobre las pulsiones destructivas, el pecho “bueno” puede instalarse más firmemente en la mente del bebé y el yo será capaz de integrarse y sintetizar los sentimientos de amor y odio hacia el objeto; esto puede deberse a que la escisión tiene variaciones en cuanto a la fuerza, frecuencia y duración, lo que permite la

alternancia de los estados de escisión del pecho con estados de integración y síntesis de objeto dando lugar a la posición maniaco depresiva (Segal, 1999).

Posición maniaco-depresiva

Esta posición comprende de los 3 a los 6 meses de vida. La relación del bebe con el mundo está más diferenciada; aun predominan los impulsos orales pero las tendencias anales, uretrales y genitales adquieren fuerza.

Ella describió como hacia la mitad del primer año de vida, el lactante lograr alcanzar la posición depresiva, lo que tiene que ver con que el desarrollo del pensamiento, en conexión absoluta con lo emocional, ha llegado a un punto que permite que el sujeto se vea menos tomado por ansiedades persecutorias y por tanto empiece a predominar la integración y cohesión sobre la escisión del yo. Esto permite al bebé percibir y conocer al objeto de manera total, y establecer con el identificaciones tempranas, amorosas con las que continuara su propio proceso integrativo. “Vemos que la identificación es un estadio preliminar no sólo de la formación de símbolos, sino al mismo tiempo, de la evolución del lenguaje y de la sublimación” (Klein, 1952).

Segal (1999) refiere que la posición depresiva empieza cuando él bebé es capaz de reconocer a su madre como objeto total. Se desarrolla en un conjunto de relaciones objetales y ansiedades caracterizadas por la experiencia del bebé de atacar a una madre ambivalentemente amada y de perderla como objeto externo e interno. Esta experiencia origina dolor, culpa y sentimientos de pérdida que llevarán consecuentemente a la reparación de objeto.

El pecho bueno y el pecho malo, la madre buena y la madre mala ya no pueden estar separados como en el primer estadio. Las pulsiones destructivas a pesar de estar disminuidas, son sentidas como peligrosas para el objeto amado, percibido como persona, la ansiedad de perderlo aumenta la voracidad, que es sentida como incontrolable y destructiva, y que amenaza a los objetos internos y externos, por lo tanto el yo inhibe los deseos instintivos.

La ansiedad con respecto a la madre internalizada que se siente como dañada o en peligro de ser aniquilada conduce a una identificación mayor con ese objeto dañado; lo cual fortalece el impulso a reparar y las tentativas a inhibir la agresión. La tendencia a la reparación origina fantasías y deseos libidinales, lo que forma parte de las sublimaciones que será el medio más poderoso para disminuir la depresión (Segal, 1999).

Las defensas usadas en el primer estadio para neutralizar la ansiedad persecutoria: la negación, idealización, escisión y control omnipotente de los objetos, se conservan en la posición depresiva, pero para neutralizar la ansiedad depresiva; estos métodos se hacen menos extremos y se adaptan más a la creciente capacidad del yo para afrontar la realidad, por lo que estos métodos constituyen la defensa maniaca.

La negación es usada cuando el yo al verse enfrentado con una multitud de situaciones de ansiedad, las niega, incluso si la ansiedad es máxima puede llegar hasta el extremo de negar que ama al objeto, lo que ocasionaría una regresión a la posición esquizo-paranoide.

Aun cuando el yo hace uso de las defensas maniacas, sintetiza los aspectos escindidos de los objetos y de sí-mismo, por consiguiente la percepción de los objetos y de la realidad es más realista, lo que conduce a una adaptación creciente a la realidad interna y externa.

La angustia depresiva es el elemento decisivo para entrar en relaciones maduras, la fuente de los sentimientos generosos y altruistas dedicados al bienestar del objeto. En la posición depresiva se movilizan esfuerzos por aumentar el aspecto amoroso del vínculo ambivalente con el objeto total dañado, efectuando así la reparación.

Durante la posición depresiva, el bebé entra en los estadios tempranos del complejo de Edipo positivo y negativo. Mientras que en él se establece la relación con los objetos totales a partir de los objetos parciales, poderosos deseos orales incrementados por la frustración en relación con la madre, se transfieren del pecho materno al pene del

padre. Los deseos genitales en los bebés de ambos sexos se unen a los deseos orales, lo que trae aparejada una relación oral y genital con el pene del padre. Los deseos del pene paterno están ligados a los celos de la madre, él bebé cree que ella recibe el objeto codiciado.

Las pulsiones destructivas y la necesidad del niño de penetrar el cuerpo materno y posesionarse de su contenido (de naturaleza anal y oral) de la posición esquizo-paranoide, siguen vigentes en la posición depresiva; pero al aumentar los deseos genitales se dirigen hacia el pene, el cual, según él, se encuentra dentro del cuerpo de la madre. Los deseos orales del pene paterno conducen a su internalización, y el pene internalizado (en objeto bueno y objeto malo) desempeña un papel importante en el mundo objetal interno del bebé.

Cuando él infante siente que es frustrado, considera que el padre o la madre gozan del objeto del que es privado (el pecho o el pene); atribuye a los padres un estado constante de gratificación mutua de naturaleza oral, anal y genital. Ello forma la base de figuras parentales combinadas: la madre que contiene el pene del padre o al padre en su totalidad, y el padre que contiene el pecho materno o a la madre en su totalidad. Son los padres fusionados en la relación sexual.

A medida que se desarrolla una relación más realista con los padres, él bebé llega a considerarlos como individuos separados, perdiendo fuerza la figura parental combinada.

En la posición depresiva, el temor de perder a la madre crea la necesidad de sustitutos, por lo que él bebé se vuelve hacia el padre, quien es introyectado también como persona total.

Los estadios tempranos del complejo de Edipo positivo y negativo alivian las ansiedades del niño y lo ayudan a superar la posición depresiva. Sin embargo también surgen nuevos conflictos y ansiedades, los deseos edípicos hacia los padres implican

que la envidia, la rivalidad y los celos sean vivenciados por dos personas, a las que se odia y ama a la vez. La elaboración de estos conflictos que surge en los estadios tempranos del complejo de Edipo, forman parte del proceso de modificación de la ansiedad que se extiende más allá de la primera infancia hasta los primeros años de la niñez.

En lo que se refiere a la personalidad normal, puede decirse que el curso del desarrollo del yo y de las relaciones de objeto depende del grado en que pueda lograrse un óptimo equilibrio entre la introyección y la proyección de los estadios tempranos del desarrollo.

Etiología de la psicosis de acuerdo a Melanie Klein

Klein relaciona los trastornos psíquicos graves de la infancia con detenciones del desarrollo o bien con regresiones a estadios anteriores que habían sido superados. Piensa la patología grave como el modo en que el Yo temprano hace frente a las exigencias de las pulsiones.

De acuerdo con Klein, el punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos del desarrollo, el sentido de realidad se pierde y el individuo se psicotiza.

Si los temores persecutorios son muy intensos, y si por esta razón el niño no puede superar la posición paranoide, le será imposible también superar la posición depresiva. Este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijaciones de graves psicosis dentro del grupo de las esquizofrenias.

Pero si durante la posición esquizo-paranoide el desarrollo no ha transcurrido normalmente y el niño no puede por razones internas o externas, manejar el impacto de las ansiedades depresivas, surge un círculo vicioso. Porque si el temor persecutorio, y,

por ende, los mecanismos esquizoides son demasiado intensos, el yo no puede elaborar la posición depresiva. Esto obliga al yo a regresar a la posición esquizo-paranoide y refuerza los anteriores temores persecutorios y fenómenos esquizoides. De esta manera se establece la base para varias formas de esquizofrenia en la vida posterior.

La detención del desarrollo en estas posiciones, o la regresión a ellas, resultarían patológicas tanto en la infancia como en la vida adulta.

“En la primera realidad del niño no es exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, peligrosos a causa del impulso del propio niño a atacarlos. En tanto que el curso normal del desarrollo del yo es evaluar gradualmente los objetos externos a través de una escala realista de valores, para el psicótico, el mundo es valorado en el nivel original; es decir, que para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos” (Klein 1930).

En niños que están en tal forma dominados por su mundo interno y que sus ansiedades no pueden ser suficientemente refutadas y contrarrestadas aun por los aspectos agradables de sus relaciones con la gente, son inevitables trastornos mentales serios.

La patología grave del niño no se diferencia en gran medida de la patología grave en el adulto; por el contrario, se podría afirmar que tanto el niño como el adulto, cuando enferman gravemente, lo hacen por estancarse o bien por regresar a una determinada fase del desarrollo, que será la que determina, en última instancia, las características del cuadro clínico.

Así, para Klein, no habrá diferencias apreciables entre niños y adultos tanto en el plano psicopatológico como en el modelo de cura a proponer para uno y otro.

Los procesos de escindir partes del yo y proyectarlas en objetos son de vital importancia tanto para el desarrollo normal como para las relaciones objetales

anormales en enfermos adultos, los estados de despersonalización y de escisión esquizofrénica parecen una regresión a esos estados infantiles de desintegración.

Una perturbación como esta del mecanismo de proyección, parece además, ser paralela a una negación de la realidad intrapsíquica. La persona así afectada niega y dentro de ciertos límites elimina, no sólo la fuente de su ansiedad, sino también de sus afectos. Un gran número de fenómenos pertenecientes al síndrome esquizofrénico pueden ser explicados como un intento de defenderse, dominar o luchar contra un enemigo interno.

3.4 Donald Winnicott

Para Winnicott la comunicación y la capacidad para este enlace, están fuertemente ligadas con el establecimiento de las relaciones objetales. Relacionarse con un objeto es un fenómeno complejo: el desarrollo de la capacidad para relacionarse con los objetos no es de ningún modo una cuestión de simple proceso madurativo. Para este autor, la maduración requiere y depende de "la calidad del ambiente facilitador".

El principal interés de Winnicott era el de conocer cuál era la influencia del medio sobre el desarrollo psíquico del sujeto. Plantea, que el ser humano tiende de manera innata a desarrollarse y unificarse, con la puesta en marcha de los procesos madurativos (refiriéndose al plano psíquico). Por tal motivo se puede pensar en un sujeto sano cuando se ha dado lugar al libre desenvolvimiento de dichos procesos madurativos, por parte de la madre o por su entorno. Esto sólo ocurre cuando la madre logra adaptarse a las necesidades de su hijo.

Periodo de dependencia absoluta

Para Winnicott durante los primeros 6 meses de vida el ser humano se encuentra en un periodo de dependencia absoluta, donde se encuentra "condenado" a depender totalmente de su medio ambiente inmediato, principalmente su madre o sustituto, puesto que es la madre la que representa en ese momento al medio ambiente inmediato.

Durante este periodo, el sujeto se encuentra dentro de una etapa de in-diferenciación entre lo que él es y lo que no es; en otras palabras, él y su madre son uno mismo. Él bebé no ha comprendido que su madre es exterior a él, y por ende no sabe que existe un mundo exterior fuera de sí mismo. Al momento del nacimiento, el niño pierde un modo de vida en el que no sufría ningún tipo de frustración, puesto que todas sus necesidades estaban siendo colmadas dentro del vientre materno; por ello al nacer, lo primero que busca, es encontrar el medio más parecido al que tenía, el cual era altamente gratificante. Así entonces la madre tendrá el compromiso de posibilitar ese cúmulo de cuidados, afectos y emociones que colmen sus necesidades.

A pesar de la ruptura violenta que experimenta el pequeño con el nacimiento, no logra dar cuenta de su condición, de ser un personaje independiente de su madre, por lo que vive subjetivamente unido a ella, encontrándose fusionado, complementándose el uno al otro.

La adaptación de la madre a las necesidades de su hijo, permite que este experimente un sentimiento de omnipotencia, al tiempo que esto permite a su vez, que comience el libre despliegue de los procesos madurativos. Esta adaptación de la madre a las necesidades del pequeño incluye no sólo las de orden corporal, sino también las correspondientes al desarrollo del yo, por lo que interesa la madre que sostiene al bebé y no tanto la que lo alimenta (Winnicott, 1965).

La adaptación de la madre a estas necesidades, se ven amplificadas por las funciones de: sostener (holding), manipular (handling) y presentar el objeto. Él bebé puede responder a dichos ofrecimientos maternos o ambientales, si se le prefiere, y el resultado en él es su máxima maduración personal.

Cuando él bebé es sostenido y manipulado de una manera satisfactoria, se le presenta al mismo tiempo un objeto, objeto subjetivo creado por el mismo, lo que le posibilita experimentar ese sentimiento de omnipotencia.

La función materna de la presentación del objeto, corresponde a lo que Winnicott denomina “primera comida teórica”, y que al mismo tiempo es la primera comida real, en términos comunes sería la presentación del pecho o biberón por parte de la madre al infante.

Esta presentación ocurre cuando el pequeño se encuentra a punto de demandarlo o solicitarlo y por tanto de imaginarlo, sin saber siquiera que es “eso” que el espera encontrar, entonces el pecho hace su aparición casi simultáneamente a la solicitud del menor, lo cual provoca que el niño crea que el mismo ha creado el objeto cuya necesidad siente confusamente al tiempo que le procura una experiencia de omnipotencia, o sea, que en el momento que el sujeto espera al objeto, este toma una existencia real, ya que es deseado y luego presentado, dándole así la ilusión de creer que el mismo es capaz de crear “eso” que lo colma. “Él bebé crea el objeto con el que se relaciona, pero ese objeto ya estaba allí, por ende, en otro sentido, el primero encuentra al objeto y luego lo crea” (Winnicott, 1989). La madre ofrece al niño la oportunidad de sentir que el pecho es él. En este caso, el pecho es un símbolo no de hacer, sino de ser. Por ello es de entender que cada niño debe ser capacitado para crear el mundo, o de lo contrario el mundo tendrá poco o nulo significado para él.

La adaptación casi perfecta de la madre a las necesidades del niño, permite que el niño sienta esta creación como un hecho; hecho posibilitado por el mismo en complicidad con su madre. Cuando se le proporciona al niño esa capacidad creadora, también se le posibilita la capacidad para relacionarse con las personas o las cosas.

Respecto a la función de sostenimiento (holding), la madre protege al niño de peligros físicos, a través de la implantación de una rutina de cuidados cotidianos. Esta rutina proporciona al bebé cierta estabilidad y confianza, mismas que sirven de sostén al yo en desarrollo. Este mantenimiento psíquico consiste en sostener al yo del bebé, de ponerlo en contacto con la realidad exterior simplificada, repetitiva, de tal modo que el yo en desarrollo logre encontrar puntos de referencia simples y estables, necesarios para lograr una integración adecuada en el tiempo y espacio.

Para este autor el cumplimiento casi perfecto de estas tres funciones por parte de la madre, y en procurarle al menor la oportunidad de experimentar ese sentimiento de omnipotencia, hacen de ella una madre suficientemente buena. “La madre suficientemente buena (que no tiene que ser la del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y hacer frente al fracaso en materia de adaptación” (Winnicott, 1965).

Así el pequeño puede percibir a los objetos como reales; es decir, que sean tanto amados como odiados, lo cual permitiría que se logre relacionar con personas y con las cosas de manera adecuada y productiva. Cuando la madre es incapaz de adaptarse a las necesidades de su pequeño, y el tipo de relación que se establece oscila entre la adaptación casi perfecta de las necesidades de este y el paso súbito a la adaptación defectuosa podemos hablar de una madre insuficientemente buena.

“En ciertos casos, la expresión madre suficientemente buena, no se refiere al comportamiento de una madre real, sino a una situación en que son varias las personas que prodigan los cuidados al niño” (Nasio, 1996b) y es de suponerse que este tipo de cuidados es deficiente en cuanto a la calidad afectivo-emocional. Lo que provocaría, que la representación materna estuviera fragmentada dando lugar a la inseguridad de sentirse real y de sentirse vivo.

Al final de este periodo, cuando la adaptación de la madre a las necesidades de su hijo son lo suficientemente buenas, se da la puesta en marcha al siguiente periodo de desarrollo.

En este punto el progreso de la integración, depende de la predominancia temprana de las pulsiones libidinales sobre las agresivas, conduciendo con ello, a estados transitorios en lo que el yo, sintetiza sentimientos de amor y de destrucción hacia el mismo objeto (pecho-madre), conduciendo a un nuevo y más elaborado estado de desarrollo; en el cual surgen las penosas emociones de la ansiedad, ahora de tipo

depresivo acompañado de culpa; ahora la agresión es mitigada por la libido y en consecuencia queda disminuida la ansiedad de tipo persecutorio.

Periodo de dependencia relativa

Este periodo comprende de entre los 6 meses y los 2 años de edad, y se caracteriza principalmente en que el niño comienza a no depender tanto de la madre como en los primeros seis meses y por lo tanto es capaz de tolerar con mayor éxito las inadaptaciones de esta a sus necesidades, al tiempo que las aprovecha para su desarrollo.

En este periodo el niño ha alcanzado la integración entre su cuerpo y su vida psíquica, lo que le permite reconocer a los objetos como componentes de la realidad exterior. “Ha empezado a establecer un self, una unidad que está contenida físicamente dentro de una envoltura corporal de la piel, a la vez, está integrada psicológicamente” (Winnicott, 1965). Esto permite que el menor pueda percibir a su madre separada de él, como un no-yo, otro.

Ha nacido el esquema corporal; el cual de aquí en adelante se va complejizando cada vez más. Su yo ya maduró, le da la capacidad de situarse en el tiempo y espacio, sobre todo en lo que concierne a la anticipación de los acontecimientos; con ello, el pequeño es capaz de prever la conducta de la madre para con él. En este punto se podría llamar propiamente una “relación de objeto”, relación con un objeto completo, no parcializado.

El niño es capaz de amar y odiar a otro diferenciado de sí mismo estableciendo una relación más verdadera. Por su parte, la madre también sufre una evolución psíquica; cada vez va dejando de identificarse con su hijo, deja de identificarse como lo hacía en el periodo precedente. En este momento puede realizar las actividades que anteriormente realizaba y no estar todo el tiempo pendiente de las necesidades de su hijo. En este momento la tarea de la madre, consiste en desilusionar al bebé en forma gradual de su experiencia de omnipotencia: pero para eso debió haber existido

previamente esa experiencia, la cual sólo es posible si la madre ofrece la posibilidad de ello.

Como se ya se mencionó, en este periodo en la psique del bebé, la madre se ha convertido en una imagen coherente, a la que se le puede aplicar el término de “objeto total” ya que es percibida como fuera de sí mismo, pero este proceso se presenta de una manera difícil, ya que antes de que esto suceda, el niño cree haber establecido una relación con dos madres diferentes:

La primera es la madre de los momentos de tranquilidad y calma, la que se ha ocupado de él hablándole, jugando con él, a la que reconoce por su aroma y rostro y en general por sus actos, a la que Winnicott denomina “madre ambiente”, ya que se ocupa principalmente de su bienestar y a la cual el niño ama tiernamente.

La segunda, es la madre con la que convive y con la que tiene una especial relación a la hora de los alimentos, donde en fase de excitación esta implica la agresividad. A esta madre Winnicott la denomina “madre objeto”. “Lo que conviene observar con respecto a esta agresividad instintiva, es, que, si bien no tarda en convertirse en algo que resulta posible movilizar al servicio del otro, originalmente forma parte del apetito o de alguna forma de amar instintiva. Es algo que aumenta durante la excitación y su ejercitación resulta altamente placentera” (Winnicott, 1989).

Esta agresividad al objeto, lleva a imaginar al sujeto que al ser amamantado al mismo tiempo se come al objeto, y logra apoderarse de él y de su contenido. Esta agresividad que experimenta el niño, corre el riesgo de aniquilar al objeto (madre) definitivamente, si no lo destruye no es porque no lo quiera, sino por la capacidad de supervivencia del objeto mismo.

Al dar cuenta de que esta agresividad que experimenta puede dañar a la madre, el menor también experimenta cierto sentimiento de angustia, mismo que puede ser manejado y modificado, si es que el niño encuentra algo con que contribuir a favor de la

madre. Esto permite que el menor pueda controlar esta angustia y una vez controlada puede ser transformada en “sentimiento de culpa”, posibilitando con ello a que el sujeto sea capaz de “reparar”. Cuando no se da la posibilidad al sujeto a reparar, este sentimiento de culpa aparece como depresión. Pero para que el sujeto logre comprender que la madre objeto sobrevivió a la destrucción, es necesario que la madre ambiente haga su aparición después de cada momento de excitación pulsional dando lugar a que logre concebir a ambos objetos en una sola persona. Esto sólo es capaz cuando cuenta con una madre suficientemente buena.

Esta madre suficientemente buena, es capaz de seguir siendo ella misma, de mostrar y sentir empatía hacia su pequeño, y de no tomar represalias ante tal situación; eso es por una parte, por la otra la madre suficientemente buena es aquella que sobrevive después de ausentarse cierto tiempo del bebé y de que este logra mantener una representación “viva” de esta madre. Todo ello, depende del grado de maduración de la organización defensiva interna que posea el menor.

Una vez que el pequeño ha logrado integrar o percibir a estos dos aspectos de la madre en una sola, podrá entender o vivenciar una nueva forma de vivir y existir.

Fenómenos y objetos transicionales

Posteriormente, el paso de lo subjetivo a lo objetivo por parte del bebé no es cosa fácil. Para que se logre dar un paso al principio de realidad, de la apercepción a la percepción, de dar cuenta que su madre es diferente a él, es necesario que transcurra cierto periodo de tiempo, y ciertas experiencias mencionadas anteriormente que permitan al menor adaptarse a esta nueva situación de una manera más adecuada. Para ello es necesario que el niño cuente con un medio ambiente suficientemente bueno, que le proporcione las condiciones mínimas necesarias para sobrellevar la situación.

Anteriormente, él bebé se encontraba en un estado de fusión con la madre, en un mundo creado por el mismo, se sentía capaz de crear los objetos que satisficieran sus

necesidades experimentado un sentimiento de omnipotencia. Ahora se le presenta la capacidad de adaptarse a esta situación, en donde tiene que aceptar que la madre es diferente a él.

Winnicott (1989), señala que el bebé realiza una serie de conductas que le permiten experimentar dicha separación tales como: Con la mano el bebé toma un objeto exterior, digamos una parte de la sabana o frazada, y la introduce en la boca junto con los dedos, o se producen movimientos de masticación, acompañados por sonidos de “mam-mam”, balbuceos, ruidos anales, las primeras notas musicales, etc.

Todas estas actividades y experiencias del bebé, Winnicott les denomina fenómenos transicionales de los cuales, pueden surgir ciertos fenómenos que llegan a tener cierta importancia vital para el pequeño; por ejemplo, en momentos en que la madre se encuentra alejada de él; o como, cuando se tiene que ir a dormir, entonces sirven de defensa contra las ansiedades de tipo depresivo. De todo ello puede que el bebé tome cierta preferencia a cierto objeto y lo use a menudo y durante cierto tiempo; a este se le denomina objeto transicional. Este objeto es la primera posesión no-yo. Entonces cierto objeto llega a simbolizar el pecho materno; pero, lo más importante de ello, es que, da lugar para el paso que tiene que dar el niño desde lo subjetivo puro hasta la objetividad, hacia la experiencia transicional del no-yo.

Él, es capaz de soportar las fallas de la madre a sus necesidades y poder lograr mantenerla viva en su representación durante cierta cantidad de tiempo y sentirse amado y protegido por la madre ambiente de los primeros meses, a través del uso de los objetos transicionales, con ellos el niño se siente cerca de la madre y puede sobrellevar la desilusión gradual de esta para con él. En otras palabras, la mamá ilusiona al hijo los seis primeros meses en los que el mismo es capaz de crear el mundo; ahora le toca desilusionarlo, es turno de mostrarle que existe un mundo exterior a él, ajeno a su control omnipotente. Se crea una zona intermedia entre la realidad interior y la realidad exterior, necesaria para iniciar al menor en su relación con el mundo. Pero esto sólo es posible cuando existe un entorno y una madre lo

suficientemente buenos en la primera etapa. “Para todo ello, es esencial la continuidad del ambiente emocional exterior y de los determinados elementos del medio físico, tales como el o los objetos transicionales” (Winnicott, 1971).

“Es claro que lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de la relación con ella como algo exterior o separado” (Winnicott, 1971). Por ende puede suponerse la importancia que tiene en el desarrollo del bebé el uso de algún objeto transicional y la importancia de la función materna para dar lugar a ello.

Cuando por alguna u otra razón, la madre llega a ausentarse de su pequeño durante cierto tiempo, que sea superior a la capacidad de mantener viva la representación de ella en la mente de su hijo, esta puede morir para él. Cuando esto sucede, los fenómenos transicionales se vuelven poco a poco carentes de sentido y él bebé no puede experimentarlos, surgiendo con ello una desinvestidura del objeto.

Así, entonces, la madre es considerada para Winnicott la pieza fundamental para la constitución psíquica del niño, como persona real que determina e influye en el estado de ánimo de su hijo. Es así que una “madre suficientemente buena” es capaz de entrar en sintonía con el niño y promover en él, el impulso creativo, imaginativo, fantaseador que va construyendo un self verdadero, como resultado de la constitución de un puente imaginario que es creado por el niño en una vivencia subjetiva de unidad y continuidad con la madre, mientras que simultáneamente se instaura la realidad objetiva.

Etiología de la psicosis de acuerdo a Donald Winnicott

Para Winnicott el origen de la psicosis se ubica en los conflictos de la relación de adaptación recíproca madre-hijo, especialmente en el tiempo en que el niño experimenta “desilusión” frente a ella. Hasta el momento el niño vive en la “ilusión de omnipotencia”, puesto que la madre suficientemente buena sostiene al niño, lo cuida y le muestra los objetos, de forma que él cree ser su creador. Si la madre falla, el bebé puede experimentar angustias impensables o agonías primitivas, tales como el retorno

a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en su cuerpo o la pérdida del sentido de la realidad (Ajuriaguerra, 1996).

Para Winnicott (1975), el niño se defiende contra la ansiedad mediante mecanismos como la desintegración, despersonalización, estado autista y exacerbación del narcisismo primario, llevando así a una organización desviada y patológica.

Menciona Winnicott (1965):

“Creo que la pérdida del objeto subjetivo es una gran catástrofe, algo que pertenece al orden de las cosas que designamos con las palabras angustia psicótica o la falta básica de la terminología de Balint, o la falla del yo auxiliar en el periodo en el que el yo del bebé sólo extrae su fuerza del auxilio confiable de la figura materna, etc. En este ámbito, entramos en el debate del origen de la psicosis infantil y de la proclividad al trastorno psicótico, que puede presentarse en cualquier edad de la vida del individuo”.

Este autor plantea que la enfermedad psicótica está relacionada también con “el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente, allí será fundamental la provisión de un marco generador de confianza” (Winnicott, 1965).

Para Winnicott (1965) la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede reparar. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esta vez tenga éxito.

3.5 Margaret Mahler

La teoría elaborada por Mahler es la integración de un modelo del desarrollo emocional del niño, este modo de razonamiento consiste en suponer que cada cuadro psicopatológico tiene su origen en un momento específico del desarrollo. Ella piensa al autismo como una defensa psicótica ante una fallida simbiosis madre-bebé.

Mahler, (1952) resalta la importancia para el desarrollo tanto psíquico como emocional del bebé que juega la figura materna, a la que responsabiliza del ulterior destino psíquico del infante, sin por ello renunciar a la posible participación de factores biológicos en el origen y desarrollo de la psicosis infantil, en la que destaca la retirada y fragmentación del yo infantil de un mundo externo que lo aliena y con el que interacciona primero de forma simbiótica, en un signo de confusa fusión con la figura materna, para después hacerlo en solitario una vez separado de la unidad dual que conformó durante un tiempo con su madre.

Para Mahler no existe un único estado psicótico en la infancia, había uno desde el punto de vista dinámico y otro genético por lo tanto distingue, dos tipos de psicosis instaurados en 4 fases donde cada fase es un período en que se hace una contribución diferente al desarrollo psicológico del individuo.

La fase autista

Esta fase comprende desde el nacimiento hasta los dos primeros meses de vida. Los fenómenos biológicos predominan sobre los psicológicos. El neonato se encuentra en un estadio de semisueño y semivigilia, se despierta y llora cuando tiene alguna necesidad y se duerme si se le es satisfecha; no tiene consciencia de la existencia de un agente maternante, es incapaz de distinguir la procedencia de la satisfacción de sus necesidades. La tarea de esta fase es que el organismo logre un equilibrio en el nuevo ambiente extrauterino. “Durante las primeras semanas de vida extrauterina, prevalece el estadio del narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de consciencia del infante respecto a la existencia del agente maternante. Este es el estadio que denomina como autismo normal. Va seguido por un estadio de oscura consciencia de que uno

mismo no puede proveer la satisfacción necesaria, si no que esta proviene de algún lugar de afuera del “sí-mismo” (Mahler, 1968).

En el llamado autismo normal, el bebé parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva, donde la satisfacción de la necesidad pertenece a su órbita omnipotente autista, sumiéndole en un narcisismo primario absoluto capaz de proporcionarle la satisfacción alucinatoria de sus deseos.

Para Mahler esta etapa es donde se encuentra el punto de fijación para derivar en una psicosis autística infantil, fase que está marcada por un desarrollo meramente biológico en busca de equilibrio homeostático del organismo dentro de un ambiente extrauterino por mecanismos predominantes somatopsíquicos en el que no hay consciencia de otro.

Los rasgos típicos del autismo infantil se refieren al modo de contacto que el niño establece con el medio ambiente. En general, las madres de estos niños desde su nacimiento, sintieron dificultades para establecer un vínculo emocional con su hijo.

Estos niños muestran un grado extremo de indiferencia hacia los seres humanos que los rodean. Todo patrón de conducta y sintomatología del síndrome autista infantil toma forma alrededor del hecho de que el niño infante autista no puede utilizar la funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera (simbiótica), la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo interno o externo (Mahler, 1968).

Esta actitud hacia los seres animados se interpreta como una alucinación negativa, el niño alucina la ausencia de las personas que le rodean como si viera a través de ellas.

Cuando se vinculan con quienes les rodean, es para utilizarlos a modo de una extensión mecánica de su propio cuerpo, es decir, como seres inanimados o casi inanimados.

Mahler reconoce al autismo cómo una defensa psicótica erigida contra la ausencia de la simbiosis que el bebé exige con la madre o figura sustitutiva maternal, de la que ya no se siente protegido, ni en sus transacciones con la realidad interna como tampoco con su homóloga externa. Para explicarlo señala que el niño psicótico autista nunca ha catectizado libidinalmente a la madre ni a los cuidados que ésta le hubiera proporcionado, a diferencia del psicótico simbiótico, que está fijado a una etapa de relación pre objetal donde presume que la representación mental de la madre está fusionada con la propia, concibiéndose así la sintomatología del niño psicótico como una serie de intentos de restitución sustentados en una fijación en la etapa de la relación parcial de objeto y pre objetal, primer estadio del narcisismo.

Fase Simbiótica Normal

Tiene su duración de los dos y hasta los 5 meses de vida. El infante tiene una oscura consciencia del objeto que satisface sus necesidades, es absolutamente dependiente de su madre, ésta se vuelve al objeto catexiado aunque sigue siendo un objeto parcial.

El infante se comporta como si él y su madre constituyeran una unidad dual dentro de un sistema unitario común; La barrera contra los estímulos se resquebraja y se conforma una barrera que protege la órbita de la unidad dual. La simbiosis se refiere al estado de indiferenciación o fusión con la madre, el “yo” no está todavía diferenciado del “no yo” y lo interno y lo externo comienzan a sentirse como diferentes.

En la llamada psicosis infantil simbiótica, el bebé está fusionado regresivamente a su madre, no conformando su self en una entidad diferenciada de ésta, al no haber tenido lugar el proceso de individuación exigido para ello.

Una detención o una regresión a esta fase dan origen a la conducta psicótica. En la psicosis simbiótica es una regresión a la etapa de simbiosis normal. Estos pacientes frecuentemente muestran inicios de diferenciación, comienzan el recorrido correspondiente a su fase de separación individualización. En el momento en que deben separarse de su madre por efecto de “presión maduracional”, irrumpe

bruscamente en los niños aquejados de psicosis simbiótica a un cuadro de intensa angustia que pone en evidencia una vulnerabilidad sorprendente del yo ante cualquier frustración del menor.

Sólo si tal ilusión de simbiótica omnipotencia fuera amenazada, irrumpiría una intensa angustia, visible alrededor del 3-4 año de vida o en la cúspide del complejo de Edipo, al resultarle insoportable al infante tal angustia de separación.

No obstante, alrededor de los 3 años y medio a los 4 años de edad, ambos patrones, autísticos y simbióticos, parecen estar presentes en la mayoría de los casos, aunque si las fases simbiótica y de separación-individuación se desarrollan de forma adecuada el niño podrá percibir y responder cada vez más a la madre completa, esto es, aquélla en donde lo gratificante y molesto se aúnan y conviven en una única entidad (Stepansky, 1988).

Antes de ello, sin embargo, a modo de defensa del yo del niño psicótico está la deslibidinización, dada la profunda incapacidad de tal yo fragmentado para encarar el cambio e integrar lo que sucede, dada la vivencia interna que aquél posee de que los objetos vivientes son más impredecibles, cambiantes y vulnerables que los objetos inanimados. Por ello, para invertir tal dinámica intrapsíquica, Mahler propone que al niño psicótico se le proporcione una experiencia simbiótica correctiva, restituyendo así la pretérita relación simbiótica madre-hijo, merced a lo que el infante sería capaz de reducir o eliminar la terrible angustia existencial que experimenta en su contacto cotidiano con la realidad.

Proceso de separación-individuación

Este proceso según Mahler, equivale a la experiencia de un segundo nacimiento, es decir se trata de un nacimiento psicológico. La individuación se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, memoria, cognición, prueba de realidad. La separación “sigue la trayectoria de la diferenciación, el distanciamiento y la desvinculación con la madre”.

“Al final del primer año y en los primeros meses del segundo podemos ver con particular claridad que el proceso intrapsíquico de separación-individuación sigue dos carriles evolutivos intervenculados, pero no siempre conmensurados ni en avance simétrico. Uno es un carril de la individuación, la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición, la prueba de la realidad; el otro es el carril evolutivo intrapsíquico de la separación, que sigue la trayectoria de la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. Todos estos procesos de estructuración culminan eventualmente en autorrepresentaciones internalizadas, que se distinguen de las representaciones internas de los objetos” (Mahler, 1974).

La fase de separación-individuación que se divide en tres subfases:

En la primera subfase de diferenciación que es de los 5 a los 10 meses, se empieza a ver un proceso de adquisición más activo de maduración cognitiva y neurológica. Comienza la investigación comparativa: qué es y qué no es su madre, surge también ansiedad ante lo extraño, que implica curiosidad y temor, teniendo una duración máxima hasta los 8 meses aproximadamente.

En la segunda subfase de práctica o de ejercitación locomotriz, tienen lugar 3 pasos que contribuyen a la conciencia de la separación-individuación. El primero es la diferenciación corporal acelerado entre el niño la madre; el segundo es el establecimiento de un vínculo específico con ella, el tercero es el desarrollo y funcionamiento de los aparatos de autonomía del yo.

En esta subfase está marcada por la deambulación. El niño adquiere una nueva perspectiva y asume un estado anímico de exaltación (prepotencia). La madre sirve de punto de referencia. La ansiedad característica de esta subfase es la angustia de separación.

En la tercera subfase de reaceramiento, el lactante deambula, es consciente de la separación física y se amortigua el estado de exaltación. El niño trata de salvar la brecha que lo separa de la madre. Y no percibe la solicitud de su madre como ayuda.

La circunstancia característica es una crisis de reaceramiento en donde quiere ser consolado por la madre, pero no acepta su ayuda. Durante todo el curso del proceso de separación-individuación, una de las más importantes tareas evolutivas del yo es el manejo de los impulsos agresivos frente a la consciencia cada vez mayor de la separación. El éxito de ello dependerá de la robustez del yo primitivo. Esto permite al niño utilizar agresión neutralizada al servicio del yo y lo ayuda a aceptar la separación sin quedar abrumado por las ansiedades de la edad: temor a la pérdida del objeto, temor a la pérdida del amor, ansiedad por separación o ansiedad de castración (Mahler, 1968).

Fase del camino de lograr la constancia objetal

La cuarta fase del camino de lograr la constancia objetal comprende de los 22 a 36 meses. El niño soporta mejor la ausencia de la madre y “adopta sustitutos”. Comienza a sentirse bien en ausencia de la madre porque sabe que regresará. La interiorización gradual de la imagen materna, confiable y estable va adquiriendo aptitudes verbales y sentido del tiempo, tolera mejor la demora y la separación.

Mahler hace una integración emocional del niño, en la cual describe estadios en el que todo infante pasa en diferentes etapas de su vida, en las que destaca, la psicosis simbiótica y la psicosis autista, la etapa de separación individualización y la etapa de lograr la constancia objetal, por lo tanto la psicosis es consecuencia de una fijación en la etapa autística o una regresión a dicha etapa, asimismo, hace un aporte importante en cuanto al modo de tratamiento que se les da a estos niños.

La teoría de Mahler es muy sustancial, ya que ella es la primera en dar una explicación respecto a la etiología del autismo (psicosis) desde un punto de vista no biológico, es decir, centró sus estudios en el ámbito de lo afectivo sobre una teoría dinámica.

Etiología de la psicosis de acuerdo a Margaret Mahler

De acuerdo a esta autora los psicóticos tienen una perturbación en el desarrollo del yo, producto de la deficiencia de la habilidad del niño para utilizar al objeto como algo distinto del self (sí mismo). El yo no ha desarrollado la capacidad para utilizar a su madre en la conservación de su homeostasis y para distanciarla del estado de fusión y simbiosis consigo mismo, con lo que recurre a objetos indestructibles y mecánicamente manejables a modo de sustitución de la normal relación con la madre. Para este fin, los mecanismos utilizados por el niño son de mantenimiento: la desanimación, desdiferenciación, desvitalización, fusión y defusión (Corderch, 1991).

Menciona Mahler (1968) que “ la tendencia a la escisión del mundo de los objetos que puede producirse como solución del niño al dolor que le producen las situaciones de anhelo y pérdida durante la crisis de acercamiento debe contribuir a acrecentar la dificultad con que este tropieza para resolver los complejos conflictivos relacionados con los objetos en el periodo edípico, lo cual promueve la ambivalencia y proyecta una sombra ominosa sobre el desarrollo edípico y postedípico de la personalidad”

Así el trastorno central de la psicosis infantil es una deficiencia o un defecto en la utilización intrapsíquica del niño de la compañera materna durante la fase simbiótica y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno para su polarización. Sin esto no ocurre la diferenciación del ser, de la fusión y confusión simbiótica con el objeto parcial se ve afectada. Para hacerlo corto la individuación defectuosa o ausente se encuentra en el centro de la psicosis infantil.

“Es la separación emocional de la simbiosis con la madre lo que activa como disparo inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad” (Mahler, 1968).

3.6 Otto Kernberg

Este autor, entre otras aportaciones importantes, ha contribuido de manera fundamental al desarrollo de la descripción, el diagnóstico clínico y la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline, desde el modelo de la teoría contemporánea de las relaciones objetales y la psicología del yo.

Kernberg (1976) considera que las relaciones objetales internalizadas son el punto donde se encuentra lo instintivo y el sistema social lo que contribuye al desarrollo de la personalidad del individuo. Incluso desarrolla un modelo en el que vincula los mecanismos de internalización de las relaciones objetales con las vicisitudes de los derivados de impulsos instintivos y de la formación del yo.

Establece su teoría a partir de las ideas sobre las relaciones objetales expuestas por autores de la escuela inglesa principalmente Klein y Fairbairn, así como los trabajos de la psicología del yo de Hartmann además de autores como Jacobson, Mahler y Erickson.

Kernberg (1976) en su teoría de las relaciones objetales propone los siguientes puntos:

- Los tres niveles del proceso de internalización de las relaciones objetales son las introyecciones, las identificaciones y la identidad del yo, denominados “sistemas de identificación”.
- Estos procesos de internalización constan de tres partes: a) imágenes objetales o representaciones objetales, b) imágenes o representaciones del sí-mismo, c) derivados o disposiciones instintivas a determinados estados afectivos.
- La organización de sistemas de identificación inicia en un nivel básico de funcionamiento yoico, en el cual la escisión es el mecanismo esencial de la organización defensiva del yo. Después, en un segundo nivel más avanzado, el mecanismo principal es la represión.
- El grado de integración y desarrollo yoico y superyoico depende de la medida en que la represión y sus mecanismos afines hayan llegado a remplazar a la escisión y sus mecanismos afines.

Estos puntos se reflejan en las etapas que Kernberg (1976) expone sobre el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas.

Esta teoría enfatiza la creación de estructuras intrapsíquicas a partir de la internalización de las relaciones significativas entre el sí mismo y los objetos. En términos generales sostiene que la evolución del psiquismo humano marcha en el sentido de un estado de total indiferenciación a estados de mayor diferenciación con respecto a objetos que emergen (Balint, 1967). Este desarrollo ocurre en base a la internalización de los aspectos que se diferencian o resaltan perceptivamente tanto del organismo y como de su entorno según la significación libidinal o agresiva que tengan. Según esta teoría, este desarrollo transcurre de tal manera que en las etapas más primitivas estas relaciones se establecen entre aspectos, tanto del sí mismo como del entorno, parciales y aislados, para posteriormente devenir, en el caso del desarrollo normal, hacia una mayor integración de los distintos aspectos diferenciados tanto del sí mismo como de los objetos.

En su obra "La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico", Kernberg (1976) propone y expone su particular concepción acerca del desarrollo de las relaciones objetales. Además de la definición anterior, agrega una definición más restringida acerca de la teoría de las relaciones objetales: "La teoría de las relaciones objetales puede referirse también a un enfoque más restringido dentro de la metapsicología psicoanalítica, centrado en la constitución de representaciones intrapsíquicas diádicas o bipolares (imágenes del sí-mismo e imágenes objetales) como reflejos de la primitiva relación madre-hijo y su ulterior desarrollo en relaciones externas interpersonales diádicas, triangulares y múltiples".

Esta segunda definición pone el acento en la constitución y el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas del aparato psíquico (ello, yo, superyó). Se acentúa el desarrollo simultáneo de componentes del sí-mismo y del objeto, como primitiva matriz bipolar de la conformación de representaciones internalizadas. Cada unidad de autoimagen e imagen objetal se inserta en un determinado contexto afectivo, y estas

unidades sí-mismo-objeto-afecto constituyen los primitivos determinantes de las estructuras psíquicas generales.

Kernberg puntualiza cinco etapas básicas en el desarrollo de las relaciones objetales:

Primera etapa: autismo normal

También se le denomina periodo indiferenciado primario, abarca el primer mes de vida. Es la etapa en que se construye la representación primaria indiferenciada sí-mismo-objeto prerequisite para establecer una relación simbiótica con la madre, constituida bajo la influencia de experiencias gratificantes con ella.

Una fijación del desarrollo en esta etapa se reflejaría en la falta de desarrollo de la imagen diferenciada sí-mismo-objeto, y en la incapacidad para establecer una relación simbiótica normal con la madre, como en el caso de la psicosis autista.

Segunda etapa: Simbiosis normal

También se le denomina periodo de las representaciones primarias indiferenciadas sí-mismo-objeto. Da principio en el segundo mes de vida y termina entre el sexto y el octavo mes.

Inicia con la consolidación de la imagen sí-mismo-objeto “buena”, que se convertirá en el núcleo del sistema del sí-mismo en el yo y en el agente organizador de las funciones de integración del yo temprano.

Finaliza cuando las imágenes del sí-mismo y las del objeto se han diferenciado de manera estable a partir del núcleo de la representación conjunta “buena” sí-mismo-objeto, formada por las experiencias gratificantes del bebé con su madre.

Paralelamente se forma otra representación primaria indiferenciada sí-mismo-objeto, que integra experiencias dolorosas y frustrantes, que forman la representación conjunta

“mala” sí-mismo-objeto. Estas representaciones se organizan separadamente en circunstancias afectivas diferentes.

Las experiencias que activan la representación gratificante y frustrante sí-mismo-objeto, movilizan la atención y el aprendizaje, lo que contribuye a la paulatina diferenciación entre los componentes del sí-mismo y los componentes del objeto, diferenciación que está respaldada por la maduración de las funciones yoicas de la autonomía primaria, como la percepción y la memoria.

La exagerada activación de la representación mala sí-mismo-objeto, influida por la frustración o privación, interfieren con la diferenciación del sí-mismo-objeto. Por lo tanto, la fijación patológica en esta etapa trae como consecuencia la pérdida de la definición de los límites yoicos, tal como sucede en las psicosis simbiótica infantil, en la mayoría de las esquizofrenias y en las psicosis depresivas.

Esta fase propuesta por Kernberg, incluye a la fase simbiótica y a la subfase de diferenciación de la separación-individuación establecidas por Mahler.

Tercera etapa: Diferenciación entre las representaciones de sí mismo y las representaciones objetales

Esta etapa se inicia a partir de la consolidación de la diferenciación entre los componentes del sí-mismo y del objeto a partir del núcleo condensado de representaciones "buenas", y abarca la consiguiente diferenciación entre la representación del sí-mismo y la objetal a partir del núcleo condensado de representaciones "malas" o agresivas sí-mismo-objeto. Esta etapa concluye con la posterior integración de las representaciones "buenas" y "malas" del sí-mismo (dirigida hacia una concepción total del sí-mismo), y con la integración de las representaciones objetales "buenas" y "malas" (dirigidas hacia la constitución de representaciones objetales "totales" o constancia objetal).

El fracaso o la patología en este proceso de integración de representaciones de valencia opuesta, expresada como la regresión o fijación al estadio anterior de diferenciación estable entre los componentes del sí-mismo y objetales de igual valencia, determina la organización de personalidad de tipo fronterizo. En esta organización, los límites yoicos están consolidados, no así la concepción integrada tanto del sí-mismo como de los objetos. La organización fronteriza se caracteriza por la alternancia activa de estados yoicos de matiz afectivo opuesto. Esta alternancia está sustentada por la utilización activa de la disociación primitiva o escisión como mecanismo utilizado para mantener separados entre sí representaciones, tanto del sí-mismo como objetales, de valencia afectiva opuesta.

La diferenciación de los componentes del sí mismo y del objeto determina el establecimiento de los límites yoicos estables, aun no existe un sí-mismo ni objetos integrados, por lo que se trata de un periodo caracterizado por “relaciones objetales parciales”.

En esta etapa, la separación de las representaciones del sí-mismo y del objeto libidinalmente y agresivamente catectizadas, se ve fortalecida por la utilización del mecanismo de escisión, que protege la relación ideal con la madre contra la “contaminación” de malas representaciones de sí-mismo y malas representaciones del objeto materno. En condiciones normales, estos mecanismos disminuyen, pero en casos patológicos pueden acentuarse.

Esta tercera etapa corresponde a la fase de separación-individuación de Mahler.

Cuarta etapa: integración de las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de las relaciones objetales

Esta etapa comienza en la última parte del tercer año de vida y perdura a lo largo de todo el periodo edípico. Se caracteriza por:

La integración de las representaciones del sí-mismo con carga libidinal y con carga agresiva en un sistema definitivo del sí-mismo.

La integración de las imágenes objetales con carga libidinal y con carga agresiva en representaciones objetales “totales”

La integración de las representaciones del sí-mismo opuestas, da lugar a la posición depresiva propuesta por Klein, en donde aparecen sentimientos de culpa y preocupación.

Se desarrollan las representaciones de un sí-mismo ideal y de un objeto ideal; el primero representa la aspiración a un estado ideal del sí-mismo capaz de hacer al individuo aceptable para el objeto ideal, de acercarlo a él y, en última instancia refusionarlo simbólicamente con él.

Los procesos de integración disminuyen la utilización de los mecanismos disociativos (como la escisión) y en el tercer año de vida, la represión (reforzada por el aislamiento, anulación y formación reactiva) se convierte en la principal operación defensiva del yo.

Se consolida el yo, el superyó y el ello como definitivas estructuras intrapsíquicas. El predominio de la represión consolida al ello como estructura intrapsíquica la cual contiene la suma de las relaciones objetales internalizadas inaceptables por las experiencias peligrosas, angustiantes y culpogenas; esto es que, en el ello persisten primitivas constelaciones cognitivas de representaciones del sí-mismo y del objeto y las primitivas disposiciones afectivas asociadas con aquellas, por lo tanto la represión impide la diferenciación e integración de las atemorizantes y perturbadora unidades, formadas por imágenes del sí-mismo e imágenes objetales influidas por afectos primitivos, en la personalidad.

En cuanto al superyó, se origina la primera estructura superyoica en la internalización de imágenes objetales fantaseadas como hostiles e irreales que reflejan malas

representaciones de sí-mismo y del objeto expulsadas, proyectadas y reintroyectadas. Esto sucede cuando las representaciones del sí mismo y del objeto se han diferenciado en buenas representaciones, reflejan los esfuerzos del bebé por proteger la buena relación con la madre idealizada, volviendo contra sí mismo las imágenes maternas cargadas de agresión.

La segunda estructura del superyó se origina en el sí-mismo ideal y las representaciones objetales ideales del yo. La condensación de ambas representaciones ideales constituye el núcleo del ideal del yo. Se integran los precursores superyoicos de origen sádico y la temprana formación del ideal del yo.

Así el superyó repite el proceso de integración de relaciones objetales internalizadas de características libidinales y agresivas, entonces se amortigua el carácter fantástico y absoluto de la idealización primitiva y de los precursores sádicos del superyó, al tiempo que disminuyen los procesos de proyección de los núcleos superyoicos sádicos e idealizados. Esta disminución lleva a otro plano de las estructuras superyoicas constituido por las internalizaciones de demandas y prohibiciones de las figuras parentales durante la etapa edípica.

Cuando se integran los precursores sádicos y primitivos del ideal del yo, y en la culminación de la etapa edípica se introyectan imágenes parentales realistas, se abre el camino a un nuevo nivel de integración. La identidad del yo se instala e incluye la integración y consolidación del concepto de sí-mismo y del mundo de representaciones objetales generado por la integración de representaciones “parciales” en representaciones “totales” y los continuos procesos de confirmación.

La fijación en esta etapa es propia de la neurosis y de las patologías caracterológicas de nivel superior como la histeria, el carácter obsesivo-compulsivo y depresivo masoquista, y de un tipo de patología narcisista caracterizada por la fijación en esta etapa y la regresión a la tercera etapa.

Quinta etapa. Consolidación de la integración del superyó y el yo

Inicia al completarse la integración de todos los niveles del superyó. Disminuye la oposición entre este y el yo. El superyó integrado favorece la consolidación de la identidad del yo, que evoluciona mediante la remodelación de las experiencias con objetos externos, a la luz de la representación de objetos internos, y una remodelación de estas representaciones a la luz de las expresiones reales con otras personas.

El concepto de sí-mismo por las experiencias reales con otras personas y con el mundo de objetos internos también se remodela.

Se refuerza la relación del sí-mismo integrado, el mundo estable de representaciones objetales internalizadas e integradas y el conocimiento realista del sí-mismo. Cuanto más integradas están las representaciones objetales, mayor es la capacidad de tener una apreciación realista de los demás y de remodelar sus propias representaciones internas.

Un mundo armonioso de representaciones objetales internalizadas que incluye miembros de la familia, amigos, un grupo social cercano y una identidad cultural, constituye un mundo interno capaz de dar amor, apoyo y guía dentro del sistema de relaciones objetales del yo. Este mundo interno da profundidad a las interacciones actuales con los demás. En momentos de crisis por pérdidas, separación, fracaso o soledad, el individuo puede recurrir temporalmente a su mundo interno.

Los procesos de integración, despersonificación e individualización representan los resultados estructurales de las relaciones objetales internalizadas en el superyó y en el yo. La integración de las representaciones de sí-mismo y del objeto en el yo son parte del proceso de instalación y consolidación de la identidad del yo. La despersonificación es aplicada a la generalización adaptativa, es decir, el esfuerzo por coordinar e integrar los propios puntos de vista con los de los demás en las relaciones interpersonales y en la necesidad de compartir las propias ideas y sentimientos con los demás. La individualización incluye el remplazo de primitivas introyecciones e identificaciones

parciales sublimatorias que se concilian con el concepto global de sí-mismo. La madurez emocional se expresa en la capacidad de discriminar aspectos sutiles de la propia personalidad de la de otras personas y en una selectividad en la aceptación e internalización de las cualidades de los demás,

Existe una estrecha relación entre la estructura del carácter y el concepto de sí-mismo; cuanto mejor integrado está éste, más coherente y armoniosa es la estructura; y cuanto mejor está estructurada ella, más estrecha es la correspondencia entre el concepto del sí-mismo, la conducta y la personalidad reales tal como los demás la perciben.

El mundo interno no determina la percepción del externo, pero mediante la estructura del carácter, influye en el campo interpersonal del individuo.

La etiología de la psicosis de acuerdo a Kernberg

Para Kernberg (1975) los círculos viciosos generados por la proyección de la agresión y reintroyección de imágenes de sí-mismo y de los objetos derivadas de la agresión proyectada son el factor central del desarrollo de la psicosis y de la personalidad fronteriza. En las psicosis, su principal efecto es la refusión de imágenes de sí mismo y de los objetos; en el caso de la personalidad fronteriza, lo predominante no es dicha fusión, sino una intensificación y fijación patológica en los procesos de escisión”

Para este autor estos procesos fracasan en gran medida en la psicosis, pues hay un grave déficit de diferenciación entre imágenes de sí mismo y de los objetos, cuya fusión regresiva se refleja en primitivas fantasías fusionadas y el concomitante desvanecimiento de los límites yoicos en el área de la diferenciación entre el sí-mismo y el no sí-mismo.

Kernberg (1987) afirma que la fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de objetos puede ser el resultado de varios factores;

- a) Falta de desarrollo de las funciones de la autonomía primaria

b) Intolerancia a la ansiedad de origen constitucional (hasta las menores frustraciones resultan intolerables e inducen fusiones regresivas u otros procesos fusionantes)

c) Excesivas frustraciones reales

d) Un consecuente desarrollo excesivo de la agresión o excesiva intensidad de origen constitucional de los impulsos agresivos

Propone una clasificación dimensional para los trastornos de personalidad, donde clasifica los trastornos en menos graves, leves o estructuras de personalidad de tipo neurótico; estructuras de tipo limítrofe; y los trastornos de personalidad de tipo psicótico.

La organización psicótica de la personalidad coincide en la práctica con los trastornos psicóticos, donde más bien se puede hablar de psicosis. Para la clasificación de estos pacientes y su evaluación clínica se consideran 3 criterios: (Gomberoff, 1999).

1. Identidad del yo: consiste en la presencia de un concepto integrado del sí mismo, del yo y de la persona a través del tiempo y de situaciones diferentes y al mismo tiempo un concepto integrado de personas importantes, significativas en su vida. Este aspecto está ausente en los pacientes psicóticos y la diferencia claramente de los neuróticos.

2. Juicio de realidad: este es el criterio para diferenciar a los psicóticos de las estructuras, ya que los psicóticos tienen pérdida del juicio de realidad. No pueden diferenciar el sí mismo, el yo de lo que no es uno mismo; diferenciar el origen intrapsíquico del externo de los estímulos; ni pueden mantener empatía con criterios sociales comunes de realidad.

3. Predominio de mecanismos de defensa primitivos: en los pacientes psicóticos aparecen inmediatamente las defensas primitivas (escisión, identificación proyectiva, idealización, omnipotencia, devaluación y negación primitiva) en el campo interpersonal, produciendo trastornos o transferencias y contratransferenciales en las primeras entrevistas (Gomberoff, 1999).

Dentro de la normalidad se encontraría un superyó bien integrado, meno severo y punitivo, con demandas superyoicas realistas, un ideal del yo y objetivos yoicos que

permitan una armonía general en las relaciones con el mundo externo, así como en el manejo de las necesidades instintivas; el predominio de rasgos caracterológicos de tipo sublimatorio que reflejen la óptima expresión de las necesidades instintivas, la integración adaptativa y sublimatoria de las tendencias prenatales bajo la supremacía de la genitalidad, en el contexto de relaciones objetales adultas y maduras; una firme barrera represiva contra los remanes de tendencias instintivas infantiles inaceptables complementada por el área libre de conflictos del yo, amplia y de funcionamiento flexible y por la capacidad de suprimir ciertas tendencias no gratificables sin crear excesiva tensión.

3.7 Rene Spitz

René Spitz y su estudio de las relaciones recíprocas entre madre e hijo le permiten postular sus ideas acerca de los comienzos, desarrollo, etapas y ciertas anomalías de las relaciones de objeto. El intenta demostrar que el crecimiento y desarrollo psicológico, dependerá del establecimiento y despliegue progresivo de las relaciones de objeto cada vez más significativas.

Uno de los aspectos más importantes de la teoría de Rene Spitz es su investigación en las relaciones objetales o reciprocas entre la madre-hijo. Spitz pretendía postular ideas acerca del inicio del desarrollo de las relaciones objetales, el desarrollo psicológico, las etapas y las anomalías que el niño pueda tener en la relación de objeto, ya que el despliegue progresivo de las relaciones de objeto del niño son más significativas conforme pasen los años.

Considera que la mayor parte del primer año de vida el bebé se esfuerza por sobrevivir, formando y elaborando dispositivos de adaptación que le permitan lograr esta meta. El lactante está desamparado, es incapaz de sobrevivir por sus propios medios. Necesita a la madre que le proporciona todo aquello de lo que él carece. De esto surge una situación complementaria que el autor denomina díada. En la medida en que las potencialidades propias del infante se desarrollan en el transcurso del primer año de vida, se irá haciendo independiente del medio que lo rodea.

Spitz se afirma en Freud y rechaza toda hipótesis sobre la presencia de procesos intrapsíquicos en el niño desde el nacimiento. Basado en sus experiencias considera que no existe pensamiento en el momento de nacer. Tampoco existen ni la percepción ni la voluntad. El bebé es un organismo psicológicamente indiferenciado. Las funciones, las estructuras y hasta los impulsos instintivos se irán diferenciando progresivamente a través de la maduración y el desarrollo.

Siguiendo a Freud, no admite un yo al nacer, ni un superyó ni un complejo de Edipo tempranos. Tampoco acepta la existencia de simbolismos ni, por lo tanto, ninguna interpretación simbólica, en esta primera infancia. Los símbolos los considera unidos al lenguaje. Spitz mantiene en un principio la idea de que la libido es el material primitivo, la fuerza heredada que se necesita y utiliza en el curso de la evolución, pero como venimos señalando le adjudica un papel decisivo en el desarrollo a los primeros contactos humanos, especialmente la relación del niño con la madre.

Spitz, (1965) menciona que el neonato al nacer, aun presentando diferencias individuales claramente demostrables, carece de una personalidad organizada comparable a la del adulto; no existe iniciativa personal, ni ningún intercambio con el medio circundante, salvo el fisiológico. De acuerdo al autor el bebé experimenta las tensiones y las satisfacciones como parte de sí mismo, por lo tanto no puede tener una respuesta hacia algo o alguien que no sabe que existe, tan imprecisas son sus necesidades como la expresión de las mismas, es así que su llanto puede dar razón de dolor, hambre y sed.

Las observaciones de Spitz dedujeron que el aspecto más importante de la relación madre-niño es el clima afectivo. Spitz pensaba que la conversación continua de acción y respuesta con el infante, motivado por el aspecto afectivo y estimulante, proporciona el contexto en el que aparecen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquicas.

De manera que la conversación y dialogo entre madre-hijo se inicia en la situación de amamantamiento, pero pronto se extiende más allá del mismo.

Sugiere que estas experiencias de alimentación deben ser consideradas como organizadoras de las interacciones tempranas más importantes con la madre; y, describe los detalles del diálogo en términos de expresiones faciales no verbales, acción física, vocalización, respuestas e interacciones lúdicas, que proporcionan la base para el desarrollo de una forma de comunicación privada y exclusiva con la madre. El principal propósito de este sistema temprano de comunicación es sostener, mantener y enriquecer mutuamente la dualidad.

Para explicar los momentos críticos que existen en el proceso de evolución psicológica del infante, a partir de los cuales se inician nuevas fases y cambia la dirección del desarrollo, recurre a la embriología. De esta ciencia toma el término de organizador, que denomina a ciertas estructuras que se desarrollan en un determinado punto donde se juntan diversas líneas de desarrollo. Es la instancia que gobierna las fuerzas operantes en el desarrollo embrionario, ordenándolas según un eje evolutivo particular. Induce la diferenciación de los tejidos dependientes de él. A su vez, un primer organizador facilita, por inducción sucesiva, las condiciones apropiadas para la emergencia de un segundo organizador, en un tejido que tiene la potencialidad para ello.

Estos también se encuentran vinculados según una secuencia de desarrollo dependiente. El aporte fundamental de este investigador consistió en definir cuáles son estos organizadores, cómo se los puede detectar en la observación, y qué consecuencias tiene su aparición en el desarrollo de los siguientes.

Postula que la relación bipersonal entre madre e hijo se desarrolla en tres etapas, que se diferencian por la manera narcisista u objetal de ligarse la libido a los objetos y que por lo tanto se distinguen una de otra por las diferentes características que adquieren en el niño la imagen de la madre.

Estadio preobjetal (primeros 3 meses aproximadamente)

Spitz ha llamado esta etapa, la primera etapa pre-objetal o sin objeto. Comienza desde el nacimiento y termina cuando aparece el primer organizador que es la sonrisa.

Coincide con el estadio del narcisismo primario, postulado por Freud. Es una etapa de indiferenciación ya que la percepción, la actividad y las funciones del recién nacido no están suficientemente organizadas, salvo aquellas zonas que son indispensables para la supervivencia (respiración, metabolismo, absorción nutricia, etc.). El recién nacido no puede distinguir algo externo de su propio cuerpo, no experimenta el medio circundante como separado de él y percibe el pecho como parte de él mismo.

Todavía no se puede hablar de relación objetal, por esta falta de diferenciación, por lo tanto este período carece de objeto.

El bebé neonato está protegido por una barrera contra los estímulos, un umbral de percepción que excluye al mundo exterior. En la percepción predominan los sistemas interoceptivos y propioceptivos y las respuestas se producen según la percepción de las necesidades comunicadas por estos sistemas. Así, cuando se siente urgido por una necesidad, establece vínculos con el mundo. Este se desaparece cuando su necesidad se satisface.

Spitz considera que pueden observarse respuestas de desagrado desde el nacimiento, pero que el estado contrario no es el de placer sino de sosiego.

Al final de la primera semana de vida, el niño comienza a responder a señales lo que evidencia situaciones ligadas a la conciencia de un contenido agradable, Por ejemplo, si la madre saca al bebé de su cuna y lo pone en sus brazos en posición de mamar, el niño se vuelve hacia el pecho de la madre, pero, como vemos, aún la percepción del mundo exterior se produce en función de una necesidad interna.

Por ello, al principio la madre tiene significación en la medida que sirve a la satisfacción de la necesidad del bebé. Durante estos tres primeros meses el objeto no tiene ninguna existencia independiente. El hecho de que el lactante reaccione ante el ser humano ya en la fase narcisista es porque éste forma parte de la experiencia de amamantamiento o sea de la satisfacción de una necesidad interna.

El autor destaca que al final del segundo mes aparece una reacción en el niño que llama la atención. Si el niño llora porque necesita ser higienizado y se le acerca una persona adulta este se calma. Se observa entonces que el ser humano adquiere una posición única entre las cosas que lo rodean y el niño desde este momento percibe visualmente la aproximación del ser humano. De todas maneras la respuesta al estímulo externo sigue íntimamente ligada a la percepción de una necesidad interna.

Objeto precursor (3 – 7 meses)

En el comienzo de la segunda etapa, esta comienza con la sonrisa, este objeto precursor es el rostro humano, se le llama precursor por que el niño no reconoce el rostro determinado de una persona, si no le llama la atención las figuras, contornos que resaltan del rostro, como lo es la nariz, boca, ojos, etc. Ahora la sonrisa es la primera manifestación activa, dirigida e intencional, y esta desde ahora tiene un papel muy importante en la vida del niño.

En el segundo mes y principios del tercero, se observa que el niño sigue la cara humana aunque no tenga ninguna necesidad. La cara se establece como la primera señal en la memoria del niño porque todos los estímulos que ha recibido en forma de cuidados cariñosos se presentaron acompañados de la cara de la madre.

En el curso del tercer mes se observa la aparición de una conducta afectiva específica que para Spitz resulta el indicador de que se ha establecido el primer organizador de la psique, dando lugar a un nuevo estadio. Esa conducta es la respuesta de sonrisa al rostro humano de frente y en movimiento, en donde se ven los ojos, la nariz y la boca.

La misma conducta se obtiene presentando una careta con esa configuración. Este último hecho indica que el bebé no reconoce aún el rostro humano como objeto, sino más bien como una forma privilegiada dentro del mundo caótico de las percepciones primarias. Esta “forma” constituye un precursor del reconocimiento del objeto, y por ello el estadio que ahora se inicia es definido como del objeto precursor. Este estadio se extenderá hasta los seis u ocho meses de vida.

De lo dicho se puede deducir por que la sonrisa evidencia el establecimiento del primer organizador, ya que se han integrado diversos sectores de la personalidad y han dado lugar a una nueva y más compleja estructura psíquica.

El hecho de que esta “forma” a la que se responde con la sonrisa, haya sido elaborada en el vínculo con la madre le da una calidad especial. La sonrisa es una respuesta social de placer. Madre e hijo se comunican por la sonrisa, ya que la madre tiende a repetir las actitudes que la provocan.

A partir de la percepción afectiva, derivada de los cuidados cariñosos de la madre, tiene lugar una lenta transformación hacia la percepción diacrítica.

Para resumir, las consecuencias que Spitz atribuye al establecimiento de éste primer organizador son:

- pasaje del predominio interoceptivo al exteroceptivo,
- incipiente prueba de realidad,
- huellas mnémicas elementales,
- direccionalidad de la conducta hacia un objeto (precursor),
- precoz división consciente-inconsciente,
- incipiente diferenciación de Yo-Ello, con el establecimiento de un yo rudimentario como organización rectora central
- posibilidad de demora de la descarga pulsional,
- dirección sistemática de los impulsos, coordinación e interdependencia de los mismos,
- experiencia y acción más diferenciadas y significativas.

Estadio del objeto propiamente dicho (octavo mes en adelante)

Entre el sexto y octavo mes la percepción del niño se hace diacrítica: no sonríe ya a cualquier cara, sino sólo a la conocida. Se manifiesta una nueva conducta emocional, que nuestro autor denominó angustia de los ocho meses. La misma señala el establecimiento de un segundo organizador de la psique.

La nueva característica del funcionamiento psíquico es consecuencia de que el niño ya distingue a la madre de los demás rostros humanos, y lo demuestra con su rechazo ante la aparición de un extraño. Tal rechazo se expresa por medio de conductas como el llanto, el mirar hacia otro lado, o el cubrirse la cara. Que este comportamiento no se debe al temor a los desconocidos se comprueba fácilmente porque la misma experiencia produce interés si el desconocido aparece estando el niño junto a su madre. Además no es posible suponer un temor a lo desconocido, pues para el bebé lo desconocido es ese mundo al que está inclinado por una imperiosa necesidad evolutiva de exploración y control.

Haber llamado esta reacción con el término angustia se debe a que se la interpretó como una consecuencia de la frustración provocada por no ser la madre esperada la figura que se presenta.

Esta angustia se produce ya que con la individualización de la madre aparece la percepción que tanto los deseos amorosos como los agresivos, van dirigidos a una misma persona. Antes el objeto bueno que daba el pecho y el que lo frustraba eran objetos diferentes. Ahora al identificar a la madre, se fusionan y es una misma persona a la que ama y odia. La ausencia de la madre provoca angustia por el miedo de que la agresión dirigida hacia ella la haya dañado. Esta es la primera angustia verdadera.

Esta angustia es el segundo organizador porque el yo alcanza tal madurez que se puede analizar en las siguientes funciones:

- La percepción alcanza tal desarrollo que el objeto de amor se distingue visualmente de los demás objetos.
- La motricidad es controlada por el yo y le permite una actividad intencional. El niño se vuelve capaz de tomar el objeto que desea entre otros. Maneja el espacio más allá de su cuna.
- La memoria es lo suficientemente estable y abundante como para ejercer la actividad intelectual del juicio: distinguir una persona extraña de la madre, distinguir el juguete preferido, etc.

- El principio del placer gradualmente retrocede frente al principio de realidad que cada vez interviene con mayor frecuencia y eficacia en la conformidad a órdenes y prohibiciones así como en el temor a perder el amor del objeto.
- Se puede hablar de un Yo propiamente dicho, cuya función sintetizadora conduce a una primera fusión pulsional e integración del objeto en la persona única de la madre.
- El niño comprende y responde a los gestos sociales, Con todo esto, Spitz considera que al finalizar el primer año se ha contraído relaciones objetales estables. El primer amor del niño por su madre está dirigido hacia la satisfacción material, pero la relación objetal verdadera se da en el momento en que el deseo de aprobación es más fuerte que la necesidad de satisfacción de necesidades materiales.

Comienzos de la comunicación humana

Con el segundo organizador se inicia la comprensión progresiva de las órdenes y prohibiciones y los primeros indicios de identificación.

A partir del primer año pasa a primer plano la locomoción como un progreso madurativo que implica peligros para el niño y dificultades para su medio. La intervención de la madre se hace más imperativa. Se transforman de manera radical los intercambios entre hijo y madre. Esta se ve forzada a frenar las iniciativas del niño, en un período en que la actividad infantil va en aumento.

Los intercambios entonces, se centran en torno a los arrebatos del niño y las órdenes y prohibiciones de la madre, cuya palabra y gesto predominante es el "No". El niño comprende lo que la madre prohíbe a través de un proceso de identificación. Por ende, llegado el momento este imitará el gesto negativo con la cabeza y luego emitirá la palabra No. Imita el gesto, pero luego selecciona las situaciones en que lo va usar cuando ya puede decir la palabra No. El mecanismo que está en el fundamento es la identificación con el agresor.

El dominio del No es un logro de consecuencias trascendentales para el desarrollo mental y emocional del niño, pues presupone haber adquirido la capacidad de juicio y negación. Representa el primer concepto abstracto, no es sólo una señal sino un signo de la actitud del niño.

Con la adquisición del gesto de la negación la acción es reemplazada por mensajes y se inicia la comunicación a distancia. Es el intercambio recíproco de mensajes, intencionados, dirigidos, que con la consecución de los símbolos semánticos, se convierte en el origen de la comunicación verbal y de las relaciones sociales. Por eso Spitz lo considera el tercer organizador de la psique.

La etiología de la psicosis de acuerdo a Rene Spitz

Para Spitz, las enfermedades psicóticas son síndromes resultantes de la deformación de la relación objetal durante el primer año de vida del niño. Es el comportamiento patológico de la madre el que deforma su relación con su hijo y actúa en forma de toxina psíquica, proporcionando al niño estímulos impropios. Esta conducta materna es siempre una forma de rechazo del niño.

Sea cual fuere la actitud manifiesta de la madre, el niño percibe el afecto subyacente, ya que su inconsciente está desde el principio en contacto directo con el de la madre, registra el impacto de los sentimientos hostiles aunque estén sobrecompensados por una conducta solícita.

Algunos cuadros expuestos por Spitz para describir el comportamiento materno mencionado son:

1- Cuadros provocados por un rechazo primario manifiesto

El rechazo primario es el rechazo global de todo lo sexual, ya sea maternidad, embarazo, acto sexual, la sexualidad en sí misma. No se dirige hacia el bebé como persona, sino como producto de un acto repudiado.

La reacción del niño según su fuerza congénita, puede tener varias formas:

A- Shock primario: la entrega pasiva es la reacción débil del lactante de pocos días, a una madre que no lo acepta. Las características son el instinto de succión de poca intensidad. Por falta de interés o amor materno, no recibe la ayuda necesaria para estimular y facilitar la succión. Pierde progresivamente la capacidad de succionar.

Como resultado se produce la pérdida generalizada del tono muscular, su respiración se hace irregular y su piel palidece.

B- Inversión del reflejo de succión: es una protesta activa contra el rechazo materno. Ocurre en niños bien constituidos. Ante la dificultad de comunicación con la madre, reacciona empujando el pezón con la lengua en forma enérgica y sacándolo de la boca. El niño se echa hacia atrás y su cuerpo se arquea. Exterioriza una protesta corporal.

2- Cuadros provocados por solicitud ansiosa primaria

A- Cólico de los tres meses: la solicitud ansiosa primaria es una manera específica de sobreprotección materna, debido a la compensación de los sentimientos inconscientes de culpa.

Deben darse dos factores para que el lactante padezca el cólico de los tres meses: una predisposición congénita, la hipertonia; y un factor desencadenante la reacción equívoca de la madre ante la demanda del niño.

El niño constitucionalmente hipertónico está más tenso, capta más estímulos. Su aumento de tensión se manifiesta con llanto y la madre interpreta el llanto como señal de hambre, le da comida en lugar de amor. De esta manera se sobrecarga el tracto intestinal.

A los tres meses de edad, el síntoma cesa espontáneamente.

B- Mericismo o rumiación: es un trastorno grave pero poco frecuente. Los lactantes rumiadores no se dejan observar, se dedican a su actividad autoerótica estando solos y si alguien los mira la interrumpen.

Dificultad de la madre para establecer una relación cálida con el bebé. Es inmadura, dependiente, depresiva, incapaz de servir como yo auxiliar del bebé. No le proporciona, ni lo protege de los estímulos. Es la regurgitación voluntaria de la leche recién tragada, alimento que el bebé en parte devuelve y en parte retiene en la boca, masticándolo lentamente. Participan la faringe y la mano llevada a la boca que provoca arcadas.

3- Cuadro provocado por la hostilidad materna disfrazada de angustia

A- Dermatitis atópica: también llamado eczema del lactante. Para que se produzca es necesaria una predisposición cutánea del niño y además las madres evitaban el contacto físico con sus hijos.

Los estímulos maternos son escasos, caóticos y faltan los más esenciales de ese momento: los táctiles. Los precarios mensajes que la madre envía sólo sirven para transmitir angustia, crean confusión y llevarán a la producción de dermatitis.

La hostilidad reprimida inconsciente era muy intensa y se expresaba por una angustia manifiesta. No les gustaba tocar a sus hijos, mostraban mucho miedo. Estos temores encubrían hostilidad, ya que ellas mismas provocaban situaciones de peligro.

B- Balanceo: es un fenómeno episódico y pasajero que se presenta en todos los niños.

Es patológico cuando se convierte en actividad principal y exclusiva.

En cuanto a las madres, su conducta oscila rápidamente entre el cariño y la hostilidad; tienden a las exageraciones, cambios de humor repentinos, conducta imprevisible. Esto no ayuda a que el niño establezca una relación objetal firme.

Otro termino importante en la teoría de Spitz es el de “depresión anaclítica” el cual fue creado por René Spitz cuando observó que los niños que eran separados de sus figuras maternas ya sea que fuera la propia madre biológica o algún otro familiar que llevara a cabo el rol maternal, durante tres o más meses, iban paulatinamente perdiendo la capacidad de dar respuestas afectivas a excepción de las que corresponden a una extremada tristeza. Observó que inicialmente los niños lloraban la ausencia de la figura querida, pero poco a poco, el llanto iba cesando y se volvían niños sumamente retraídos. Permanecían inmóviles en sus cunas, se aislaban emocionalmente. Se observaban ojos inexpresivos, rostro rígido, mirada perdida en la lejanía, como si no vieran lo que acontecía en su entorno.

Adicionalmente, estos niños iban perdiendo el apetito, algunos presentaban alteraciones del sueño, y también se resfriaban con frecuencia o contraían cualquier infección. Su desarrollo intelectual se iba lentificando y poco a poco el contacto humano se volvía más difícil, acabando el niño por ignorar a los adultos.

La depresión Anaclítica, sobreviene de manera progresiva en el niño privado de su madre después de haber tenido con ella una relación perfectamente normal, por lo menos, durante los seis primeros meses de la vida.

Este trastorno evoluciona de la siguiente manera en el transcurso del desarrollo del niño.

En el primer mes los niños se vuelven llorones, exigentes y se aferran al observador que entra en contacto con ellos.

En el segundo mes se observa un rechazo del contacto y los niños permanecen la mayor parte del tiempo acostados en su cama boca abajo. Suelen tener alteraciones del patrón de sueño, insomnio y sufren pérdida de peso, por lo cual son susceptibles a contagiarse de diferentes enfermedades. El desarrollo motor se lentifica de manera generalizada. Hay escasa expresividad facial, prácticamente muestra una rigidez facial.

Después del tercer mes ya se ha establecido la inexpresividad y la rigidez facial de manera permanente. El niño deja de llorar y sólo emite lastimeros y extraños gemidos.

Se acentúa el retardo motor mencionado y aparece un aletargamiento. Si, antes de que haya transcurrido un período crítico, que se sitúa entre el final del 3° mes y el final del 5°, la madre regresa con su hijo, o se consigue encontrar un sustituto materno aceptable para el niño, el trastorno desaparece con sorprendente rapidez” (Spitz, 1965) Por tanto es apreciable que si bien la depresión anaclítica no es causante directo de una enfermedad psicótica, puede ser la base para psicopatologías graves en la vida adulta.

CAPÍTULO 4: ESTUDIOS RELACIONADOS

La psicosis comprende un grave deterioro de las funciones ejecutivas de la personalidad, en especial con relación a la percepción anormal de la realidad, manifestándose principalmente por un desajuste en la interacción social. Por esta razón se han realizado distintas investigaciones sobre su génesis y desarrollo, que resaltan la importancia del estudio de las relaciones del sujeto con sus objetos en sus primeros años de vida.

Melanie Klein (1932) fue pionera en la investigación de las relaciones de objeto, en relación con las enfermedades psicóticas, centrandose su atención en la dinámica de la introyección y la proyección de objetos externos e internos, y en como esta dinámica puede ser determinante para la vida psíquica del sujeto, logrando abrir camino a distintas investigaciones posteriores como las de Fairbairn (1952), Mahler (1949), Winnicott (1957), entre otros autores que resaltan la importancia estructurante de las relaciones de objeto.

Dentro de las investigaciones realizadas en nuestro contexto actual, el estudio de las enfermedades psicóticas dentro del campo de las relaciones objetales es poco explorado. Entre las investigaciones a nivel licenciatura encontramos la de Segura (2008) en "Análisis de las relaciones objetales en un niño psicótico" cuyo objetivo fue el de analizar las relaciones de objeto, a través de la entrevista y la técnica de juego en un niño psicótico, formulando la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características y como se fueron construyendo las relaciones de objeto de un niño psicótico? teniendo como referencia la teoría expuesta por Margaret Mahler y Melanie Klein.

Existen también algunas investigaciones relacionadas con el análisis clínico de relaciones objetales en sujetos con distintas características, que aunque no están relacionados con la enfermedad psicótica, resulta importante su revisión, las cuales son expuestas a continuación:

- Flores (2012) “Relaciones objetales en un caso de adicción” en el que su objetivo principal fue describir las relaciones de objetales en un caso de adicción a través de la entrevista a profundidad con corte psicodinámico y el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, utilizando un estudio de caso en una persona del sexo femenino de 18 años de edad y en la que en sus resultados expone las dificultades entre el sujeto de estudio y la relación materna principalmente, siendo estas dificultades la posible causa de sus adicciones.

- Velázquez (2010) “Relaciones objetales en un niño agresivo” donde su objetivo fue describir las relaciones de objeto en un niño agresivo de seis años por medio de un estudio de caso sustentando en el método clínico, apoyado de la entrevista psicodinámica y el Children’s Aperception Tematic (C.A.T.) haciendo un análisis excepcional de la historia clínica y de las primeras relaciones de objeto del sujeto en las que se encuentra una madre agresiva y ausente, señalando la importancia de la Teoría Kleiniana en su estudio.

- Gálvez (2008) “Relaciones objetales en un sujeto recluso por el delito de homicidio calificado” cuyo objetivo fue describir la dinámica de las relaciones objetales de un sujeto recluso por el delito de homicidio calificado en el cual se utilizó un estudio de caso y como resultado identifico como suele ser su dinámica de relaciones objetales e incluso lo que pudo haber influido en su delito, apoyado por una serie de entrevistas que se realizaron al sujeto, apoyado de la perspectiva teórica de Melanie Klein y algunos otros autores de la Escuela Inglesa.

- Gutiérrez (1999) “Caracterización de las relaciones objetales de ocho mujeres con trastorno límite de la personalidad” explora las primeras relaciones de objeto de 8 mujeres con trastorno límite de la personalidad por medio de un estudio descriptivo aplicando el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, haciendo un análisis fundamentado principalmente con la perspectiva teórica expuesta por Kernberg y Fairbairn.

Otras investigaciones relacionadas con el estudio y descripción de relaciones objetales son:

- Martínez (2006) “Relaciones objetales en adictos al cannabis”

- Aguilar (2003) “Análisis de las relaciones objetales en una sentenciada por el delito de robo. Estudio de caso”

- Martínez y Rivas (2003) “Análisis de las relaciones objetales en sujetos de la moda”

- Gutiérrez (2001) “Análisis de las relaciones de objeto en un grupo de creadores plásticos”

CAPÍTULO 5: MÉTODO

5.1 Objetivo

Describir la dinámica de las relaciones objetales en el estudio de un caso diagnosticado con psicosis.

5.2 Planteamiento del Problema

Los primeros años de vida resultan imprescindibles para el estudio del desarrollo del psiquismo en el ser humano, de manera que las primeras relaciones con los objetos y con el mundo han servido de fundamento para el desarrollo de ciertas líneas de investigación dentro de la teoría psicoanalítica.

El fenómeno de la psicosis ha generado desde su conocimiento, interés por su profunda y desconcertante etiología en los estudiosos de la conducta humana. Desde hace ya varias décadas se ha profundizado en su estudio, buscando conocer los determinantes físicos y psíquicos que pueden incidir de forma profunda en la evolución de sus síntomas, así como los factores etiológicos que podrían llevar a psicopatologías graves del desarrollo como la psicosis.

Laznik-Penot (1997) menciona que para poder saber un poco más sobre psicosis, conviene remitirse a los primeros años de vida que son de vital importancia para el establecimiento de una estructura psíquica.

Para esto, el estudio se apoyó de la Teoría de las Relaciones Objetales la cual es expuesta en un principio por los autores de la escuela inglesa, encabezados por Melanie Klein (1948), para explicar y comprender las primeras formas de relación del infante con sus más arcaicos objetos, posteriormente podemos encontrar aportaciones a dicha teoría realizadas por autores como Mahler (1949) Fairbairn (1952), Winnicott (1957), Spitz (1965), Tustin (1972), Kernberg (1976), entre otros.

Para Klein (1948) las relaciones con los objetos existen desde el comienzo de la vida, siendo el primer objeto el pecho de la madre, el que es escindido en un pecho bueno y un pecho malo, conduciendo esta escisión a una separación entre amor y odio.

El interés por el estudio de la psicosis en su relación con las relaciones objetales radica en el reconocimiento de lo relevante que es el desarrollo temprano y sus vicisitudes teniendo como posible impacto dificultades en la estructuración psíquica del sujeto.

El uso del estudio de caso ofrece importantes resultados e información que no puede ser encontrada por medio de los métodos cuantitativos. Yin (1989) indica que uno de los principales prejuicios asociados a los estudios de casos es que sus conclusiones no son generalizables estadísticamente. Sin embargo, para Kazdin (1980) en la práctica, el estudio de caso es una de las bases principales de aportación de conocimiento que permite luego pasar a realizar estudios más complejos y con todos los requisitos de control experimental. Por ello, nos interesa especialmente insistir en este punto, en que el estudio de caso es de gran utilidad para aportar conocimientos y técnicas específicas a la psicología clínica.

La necesidad del estudio de la psicosis resulta entonces importante ya que actualmente los trastornos psicóticos constituyen uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. De acuerdo a la OMS (2010), de todas las enfermedades mentales las psicosis esquizofrénicas tienen el mayor grado de responsabilidad en cuanto a la producción de una grave incapacidad prolongada, afectando a más del 1% de la población mundial. Aunque rara vez provocan la muerte en los pacientes su carácter destructivo es significativo, pues atacan a las personas en los años más fructíferos de la vida.

Por tanto es relevante el estudio del desarrollo psíquico temprano del sujeto así como la gran importancia etiológica que tienen las catástrofes psíquicas en los primeros años de vida en la psicosis. Esta investigación pone de manifiesto la trascendencia de cuidar los

comienzos de la vida para optimizar el futuro desarrollo individual y colectivo de toda la sociedad.

5.3 Pregunta de investigación

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, la pregunta de investigación que se plantea es:

¿Cómo es la dinámica de las relaciones de objeto en un caso de psicosis?

5.4 Tipo de estudio

El presente trabajo se construye a través del método clínico, por esto se determina como un estudio de caso o sujeto único, siguiendo el procedimiento cualitativo, en una línea de investigación ideográfica transversal (Bizquerra citado por Braunstein, 1991).

Rodríguez, Gil y García (1999), afirman que el estudio de caso implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso del objeto de interés. Por su parte Stake (citado por Rodríguez, Gil y García, 1999), mencionan que el estudio de caso se define por el interés en el o los casos individuales. Stenhouse (citado por Rodríguez, Gil y García, 1999), considera que el estudio de caso implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos, y la preparación de un informe o una presentación del caso.

De acuerdo a Coolcani (2005) el estudio de caso implica obtener información detallada acerca del individuo o grupo donde, de forma típica, los estudios de los casos individuales incluirían una amplia historia de caso obtenida por lo general, aunque no necesariamente, por medio de una entrevista. Bromley (citado por Coolcani, 2005) ha argumentado que estudios de este tipo son “la cimentación de la investigación científica”. Para Bromley la preocupación por la experimentación y la psicometría ha conducido a un grave descuido hacia el enfoque de los estudios de caso por parte de la mayoría de los psicólogos. Señala que la evidencia psicológica puede ser válida y eficiente aunque siga siendo imposible de cuantificar.

5.5 Ejes Temáticos

La selección de los ejes temáticos fueron retomados a partir de la teoría psicoanalítica de Klein (1948) y el TRO de Phillipson (1993), de igual forma los indicadores de éste se extrajeron de las categorías propuestas por el TRO.

EJES	CATEGORIAS	INDICADORES
Relaciones Objetales	Relaciones interpersonales a través de las cuales toda persona se desenvuelve y construye sus vínculos más importantes para su desarrollo. (Phillipson, 1993).	<p>Se identificaron a través de las láminas y los indicadores establecidos por el TRO el cual de 3 series de 4 láminas cada una más 1 lámina en blanco, estas en conjunto tienen como indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de las secuencias de historia ▪ Resumen esquemático de cada historia ▪ Resumen y examen de hallazgos principales ▪ Personajes y roles proyectados sobre las láminas • Dinámica principal del sistema tensional

5.6 Participante

Para la realización del estudio se trabajó con una mujer adulta, la cual fue remitida a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del ISSEMyM, por presentar alucinaciones visuales y auditivas por más de 6 meses, así como dificultad para dormir, ansiedad, cutting, intentos suicidas, y tristeza generalizada siendo diagnosticada en este hospital bajo los criterios del CIE-10 con trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo el cual se caracteriza por un episodio depresivo mayor, simultáneamente, con síntomas para la esquizofrenia. También se presentan ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas, sin presencia de síntomas afectivos. Los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad y no son atribuibles a efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad médica. La participante tiene 20 años de edad, es soltera, estudiante del segundo semestre de la licenciatura en psicología, alta, delgada, de tez morena y buen arreglo personal, con una condición socioeconómica media, es la primer hija adoptiva de una familia constituida por su madre, su padre, y 3 hermanos no consanguíneos.

5.7 Instrumentos y técnicas

5.7.1. Entrevista Psicodinámica

Velasco (1996) menciona que la entrevista psicodinámica constituye, el instrumento técnico por excelencia y la define como “un método que está basado en el interrogatorio, donde el entrevistador utiliza al marco psicoanalítico para evaluar las verbalizaciones del entrevistado, su conducta e interacciona si como sus propias reacciones ante el material que está escuchando, con la meta primordial de recabar información psicodinámica destacada sobre la vida del entrevistado mediante una relación de trabajo continua”.

Por otra parte para Bleger (1985) la entrevista psicodinámica es la principal técnica de investigación científica en psicología, siendo un instrumento fundamental en el método clínico que persigue un objetivo psicológico, así como estudiar la conducta humana y la personalidad, e indagar lo que el entrevistado no sabe. Implica una recopilación de datos previstos de tal extensión y detalle que permita obtener una síntesis tanto de la

situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud, ilustrando lo que se puede observar en el curso de la interacción que promueve.

De acuerdo a Díaz (1994) la entrevista psicodinámica es el encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo; la entrevista debe desarrollarse en un horario establecido y en un escenario profesional que sea indicado como tal por el entrevistado.

Así mismo, el entrevistador debe adoptar una actitud tolerante y aceptante para con el entrevistado, para así ser sensible a sus niveles de desarrollo, cognoscitivo y emocional (Cepeda, citado por Rossi, 2010).

Para Velázquez (2012) la entrevista clínica no sólo es una herramienta psicoterapéutica, sino también de investigación que se basa en la relación humana entre dos o más personas donde se pretende obtener información acerca del entrevistado, no a nivel de interrogatorio, más bien en un sentido de comunicación en el que resulta valioso tanto lo que dice el entrevistado como lo que omite, con la intención de esclarecer conflictos psíquicos presentes y pasados del entrevistado siendo el conflicto manifiesto o latente, para identificar sus síntomas y desarrollo de afectos.

Sullivan (Citado por Díaz, 1994) menciona que el propósito de la entrevista psicodinámica es elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, las cuales puede considerarlas como productoras de dificultades o especialmente valiosas y en revelación de las cuales espera obtener un beneficio.

Nahoum, (1990) menciona como sinónimos de la entrevista psicodinámica los de entrevista libre, no directiva, no estructurada y profunda.

5.7.2. Historia clínica

Para Velasco (1996) la historia clínica es un documento que se obtiene a través del interrogatorio y la exploración clínica de un sujeto, en relación con su estado de salud. Contiene los aspectos patológicos personales y familiares, el estudio de la situación actual, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones sobre el tratamiento.

Dentro de la historia clínica se tienen como ventajas su flexibilidad y acceso, puede dar al clínico muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal del paciente. Como desventajas tenemos que pueden afectar las conclusiones que se deriven por esto es difícil que dentro de una historia clínica se pueda controlar a su totalidad su confiabilidad, dado que la información depende mucho del clínico, el cliente y las circunstancias en que se efectúa (Braunstein, 1991).

Según Rossi (1991) la historia clínica se configura con los datos obtenidos en las entrevistas y sus apartados son:

- Ficha de identificación: nombre, edad, lugar de nacimiento y residencia, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico y fuente de referencia. Con esta información el entrevistador puede inferir un motivo de consulta, basado en los desafíos propios de la edad.
- Descripción breve del paciente: características físicas del paciente, si aparenta la edad cronológica, su arreglo personal, así como el examen mental, donde se evalúa: el pensamiento, la consciencia, la atención, la memoria, la percepción, el afecto, la cognición, el lenguaje, la inteligencia.
- El motivo de consulta: lo que refiere el paciente
- El padecimiento actual: lo que nosotros detectemos que tiene el paciente
- La historia familiar: la relación del paciente con cada uno de los miembros de su familia y personas significativas.
- Historia personal: historia de su desarrollo (desde lo prenatal), relaciones interpersonales, disciplina, vida escolar, historia médica, uso de sustancias tóxicas, vida sexual, vida laboral, aspecto recreativo.

- Clave psicodinámica: explicación (por parte del analista) de los fenómenos patológicos y adaptativos del paciente.
- Impresión diagnóstica: se utiliza para facilitar la comunicación con otros especialistas
- Tratamiento: dependiendo el tipo de patología
- Pronóstico: está en función del diagnóstico y de las características propias del paciente (capacidad yoica).

La identificación de las áreas libres de conflicto es clave ya que nos dará pauta para ver el grado de adaptabilidad del sujeto. El propósito es obtener la mayor cantidad de información posible y así llegar a una impresión diagnóstica más certera.

5.7.3. TRO

El instrumento que se utilizó es el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, (1993), que se basa en la Teoría psicoanalítica de Relaciones Objetales Inconscientes de M. Klein (1948) y Fairbairn (1952). Ambos autores sostienen que las relaciones objetales existen en el mundo interno del sujeto, así como en el exterior, y que es ese mundo interno el que determina como cada sujeto se relacionará con el exterior.

Esta prueba tiene como antecedentes el Test de Apercepción Temática de Murray y el Test de Manchas de Tinta de Rorschach y reúne las características de un test de forma y contenido. Consta de 3 series de 4 láminas cada una más 1 lámina en blanco, éstas representan situaciones de relaciones básicas de 1 o 2 personas y de grupos.

Sobre la validez del TRO, cabe mencionar que la mayoría de las respuestas a las técnicas proyectivas proporcionan introspecciones en la personalidad de los sujetos y parecen encajar bien con la información de otras fuentes, tal como la entrevista y la historia clínica. Si bien la validez se estima en función a los resultados del test y un criterio o conjunto de criterios establecidos ajustados a ciertas normas, los instrumentos que revelan material proyectivo y expresivo deben estar apoyados en una sólida base de observación clínica, de teoría productiva y de investigación acerca de los procesos psicológicos fundamentales (Garfield, 1979 citado por Gutiérrez, 2001).

Es necesario considerar la validez y la confiabilidad de los procedimientos proyectivos como lo que probablemente será de un orden muy distinto del de nociones similares subyacentes a los test psicométricos (Bellak, 1987).

En cuanto a la confiabilidad para observar la estabilidad de la información proporcionada, las pruebas proyectivas no proporcionan puntuaciones como en otras pruebas psicométricas. La determinación de la confiabilidad de los test proyectivos presenta ciertas dificultades, como los índices temporales en que se evalúan otras pruebas, por considerar la personalidad como algo dinámico que cambia con el tiempo y por lo tanto es natural esperar que cambien o fluctúen los resultados.

A pesar de las dificultades en cuanto a validez y confiabilidad de las técnicas proyectivas, Aguirre (1989) afirma que estas son “un valioso elemento de observación que permite la obtención de datos relevantes en cuanto a necesidades, valores, temores, deseos, fantasías, formas de relación y pautas de reacción que el sujeto pone de manifiesto en sus respuestas, y que serán significativas cuando se conviertan en contenido dominante en el pensamiento del sujeto”

5.8 Diseño de la investigación

- Se solicitó la autorización a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del ISSEMyM para realizar el estudio de caso.
- Se establecieron 2 sesiones con la madre de la paciente para la realización de una historia clínica.
- Se establecieron días, horarios y condiciones específicas para trabajar con la paciente.
- Dentro de la clínica se realizaron entrevistas con la paciente 1 vez por semana durante 3 meses para recabar información sobre su historia familiar así como de su historia de vida.
- Se determinaron 2 sesiones por semana con duración de 1 hora aproximadamente para la aplicación del TRO

- Teniendo la aplicación completa se interpretaron los resultados obtenidos en el TRO
- Se analizó la información obtenida en las sesiones de trabajo con la paciente, la historia clínica con la madre y los resultados del TRO para finalmente relacionar los resultados con el marco teórico que sustenta la investigación buscando cumplir con su objetivo.
- Se elaboraron conclusiones, discusiones y sugerencias.

5.9 Procesamiento de la información

Se empleó una metodología de tipo cualitativa para lo que Stake, (1999) menciona que la principal característica es que se intenta establecer el análisis de las cualidades y/o características que integran el objeto de estudio. Para autores como Taylor y Bogdan (1984) otra particularidad de los estudios cualitativos (como lo es el Estudio de Caso) es que dirigen las preguntas de investigación a casos en donde las relaciones que se desenvuelven en ellos son parte primordial de la reconstrucción de los hechos.

Al recopilar toda la información que se obtuvo durante las sesiones programadas con la paciente y la entrevista psicodinámica con su madre de crianza se procedió a la interpretación del Test de Relaciones Objetales (TRO) para lo que Phillipson (1993) propone 5 ejes temáticos principales para evaluar las historias obtenidas de las 13 láminas que constituyen el TRO las cuales son: Análisis de secuencias de historias, Resumen esquemático de cada historia, Resumen y examen de hallazgos principales, Personajes y roles proyectados sobre las láminas y Dinámica principal del sistema tensional, conjuntando al finalizar los resultados del TRO con la Teoría de las Relaciones Objetales.

CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Historia Clínica

A) *Identificación preliminar*

Nombre: ANA

Edad: 20 años

Estado civil: Soltera

Sexo. Femenino

Ocupación: Estudiante del segundo semestre de la licenciatura en psicología

Nacionalidad: Mexicana

Religión: Católica

Con quien vive el paciente: con sus padres

B) *Motivo de consulta*

Ana acudió a consulta porque menciona que actualmente (desde el 20 de septiembre del 2014) tiene ataques de ansiedad, está inquieta e incontrolable con sus movimientos corporales, se siente distraída y se come las uñas, también padece insomnio diciendo que aunque todo el tiempo tiene sueño no puede dormir, se siente triste generalmente durante todo el día, llora por cualquier cosa que le sucede, no tiene ganas de comer ni le da hambre, menciona que ya no quiere ir a la escuela porque se siente apática y con desesperanza de la vida, refiere haber tenido 2 intentos suicidas tomando medicamento combinado con alcohol y últimamente ha tenido la idea de volver a hacerlo por lo que se siente preocupada, hace algunos meses se cortaba los brazos y las muñecas con navajas o utensilios punzocortantes indistintos, lo hacía con una frecuencia de 4 o 5 veces por mes cortando su piel sólo de manera superficial y no profunda, dice que aunque le han dado ganas de hacerlo nuevamente se resiste a eso. Ha tenido una pérdida ponderal de 7kg en los últimos 5 meses.

Desde hace casi 3 años comenzó a ver cosas extrañas, primero soñaba con unos ojos rojos que le miraban, casi al mismo tiempo tenía la sensación de

escuchar voces cuando estaba despierta y en momentos del día al azar, algunas veces escuchaba voces en la escuela que no la dejaban concentrarse, acompañado a esto comenzó a ver a una mujer que le causaba mucho miedo, a esta mujer la veía en momentos del día no especificados pero siempre cuando estaba en su casa. Cuando comenzaba a ver a esta mujer ella la obligaba a autolesionarse y a hacer cosas que iban en contra de su propia voluntad. Ana dice que cuando ve a esta mujer cae en un estado en el que no es consciente de lo que hace y que incluso no se acuerda de nada, por eso es tan fácil que obedezca a la mujer que ella ve, como si esa mujer la controlara. También dice que ve a niño que es bueno a quien le cuenta cosas de su vida el cual comenzó a ver desde hace 1 año y medio. Estos episodios han sido persistentes de manera imprecisa hasta la fecha.

C) Identificación personal

Ana es alta, de tez morena y cuerpo delgado que da la impresión de fragilidad, parece distraída mientras habla, como si le costara trabajo hilar lo que quiere decir, tiene un buen arreglo personal y acude con una chamarra gruesa aunque el día es templado, se cruza de brazos y mira de forma amenazante, se muestra inquieta y apática, tiene una expresión facial de tristeza y una mirada cristalina, no muestra expresión de dolor mientras habla de experiencias difíciles y procura evitar el llanto, es medianamente cooperativa cuando se le pregunta algo. Su forma de hablar es adecuada, con poca congruencia en su afectividad, tiene una modulación de voz buena con un vocabulario limitado. No da la impresión de tener alteraciones perceptivas ya que su lenguaje y comportamiento son los esperados al contexto.

D) Historia del motivo de consulta

Los síntomas de Ana aparecieron cuando tenía 8 años, antes de este tiempo no había presentado alteraciones del comportamiento que fueran motivo de atención por parte de sus padres sustitutos, pues su madre sustituta menciona que sólo tenía enfermedades respiratorias frecuentes y algunas veces le costaba

trabajo terminar su comida. En este periodo Ana comenzó a sentirse triste y a llorar mucho durante gran parte del día, además vomitaba la comida de forma involuntaria siendo diagnosticada con anorexia nerviosa entre los 8 y 9 años, su rendimiento escolar era bueno pero su interacción con otros niños fue disminuyendo hasta volverse un poco retraída. Su madre sustituta refiere que esto pudo haber sucedido porque a esta edad ella se enteró de que sus padres sustitutos no eran sus padres biológicos.

Ana conoció a la edad de 8 años a sus padres biológicos con quienes comenzó a llevar una relación medianamente buena. Ella tenía una mejor relación con su padre biológico pues había más contacto con él, por otra parte su madre biológica siempre fue distante con Ana sin tener relación alguna. La madre sustituta describe que cerca de esta edad, entre los 9 y 10 años, Ana comenzó a tener pesadillas recurrentes en las que describía unos “ojos endemoniados” que la asustaban cuando intentaba dormir. Cuando cumplió 12 años y entró a la secundaria, dice haber sido víctima de bullying asociado a su bajo peso, recibiendo ofensas de sus compañeros que le decían “anoréxica o bulímica”, por lo tanto comenzó a aislarse y a evitar relaciones sociales centrándose sólo en tener un buen rendimiento escolar.

Ana sufrió bullying hasta los 15 años de edad, el cual era causado también porque su madre sustituta era la directora de la preparatoria donde ella estudiaba así que refiere que sus compañeros la molestaban diciéndole que tenía buenas calificaciones por ayuda de su mamá. En esta etapa describe haber comenzado con una sintomatología depresiva más evidente sintiéndose triste la mayor parte del día, medio año después se agregó cutting el cual era frecuente pero de baja intensidad, es decir, sus heridas eran sólo superficiales y no profundas, tuvo cambios de humor de forma drástica, también menciona que comenzó a presentar ideas de suicidio persistentes y fantasías en las que ella moría.

Posteriormente y en esta misma edad Ana refiere que conoció a su primer novio con quien dice que se fue a vivir después de 6 meses de relación en la casa de la madre de su novio, vivió con él durante 2 años en los que resalta haber sufrido mucha agresión por parte de su suegra, también comenzó su vida sexual de la que menciona no haber disfrutado por sentirse incómoda con su cuerpo. Poco después de terminar la relación, Ana se enteró que estaba embarazada y menciona que a los 3 meses tuvo un aborto espontáneo el cual la hizo sentir culpable y triste, evento que es corroborado por su madre sustituta. Ana describe que esto causó en ella sentimientos tan intensos que la orillaron a tener un intento suicida mezclando medicamento no especificado con alcohol. Ella relata que este evento no fue algo que planeara, sólo tomo la decisión un día que estaba sola en su casa tomando alcohol de una vitrina de su padre en donde dice que tiene muchas botellas y medicamento que encontró en su casa y tomó de forma indiscriminada.

Su madre sustituta dice que cuando esto sucedió ella encontró a Ana sin conocimiento dentro de su cuarto, por lo que la llevó al hospital del ISSEMyM en donde fue internada por fuertes síntomas de deshidratación e intoxicación por sustancias, estuvo sin conocimiento durante casi 2 días e internada por 1 semana. A mediados de 2012, después de su primer intento suicida y estando por cumplir los 18 años, ella señala que empezó a escuchar voces que no decían nada de forma clara, esto sucedía en cualquier hora del día y en cualquier lugar.

También comenzó a sentirse perseguida y a estar alerta como si fuera a pasarle algo. En el mismo año también refiere que comenzó a ver a una mujer que estaba cubierta del rostro con su cabello por lo que no podía verla, además llevaba puesta una manta blanca y parecía estar flotando. Para ella esta mujer era percibida como una presencia mala que le causaba terror y la hacía sentir amenazada.

Al principio Ana dice que sólo veía a esta mujer en determinadas horas del día, por pocos minutos y de forma muy esporádica diciendo que la veía como si fuera un fantasma que se le aparecía y que ella veía a lo lejos sólo cuando estaba sola y en su casa. Posteriormente relata que cuando empezaba a ver a esta mujer, tenía la sensación de ir perdiendo su consciencia y su “sensación de realidad”, entrando en un estado que describe como parecido a cuando comienza a dormir y empieza a soñar por lo que le cuesta trabajo recordar lo que hacía cuando comenzaba a ver a esta mujer.

En estos episodios, la mujer que Ana describe comenzaba a darle ordenes dirigidas siempre a lastimarse y hacerse daño diciendo que ella no podía controlarse ni resistirse, estando obligada a cumplir con estas órdenes. Cuando la alucinación terminaba, Ana quedaba dormida, y al despertar refiere que no recordaba nada de lo que había pasado, sólo tenía la sensación de haber visto a la mujer descrita pensando que había soñado con ella, dándose cuenta de que estaba lastimada físicamente sin saber por qué. Señala también que cuando ella veía a la mujer siempre estaba sola en casa por lo que sus padres no notaban algo extraño en ella más que sus lesiones físicas, a lo que su madre sustituta principalmente reaccionaba con preocupación sin recurrir a ayuda profesional y presionándola a que se acercara a la religión católica para sentirse mejor.

En febrero del 2013 Ana menciona que tuvo un segundo intento suicida, esta vez provocado por la mujer que ella dice ver. También comenta que cuando esto sucedió estaba sola en su casa y de repente vio a la misma mujer de siempre, pocos segundos después sintió que iba perdiendo la consciencia hasta quedar en un estado en el que no recuerda nada y que describe nuevamente como cuando comienza a dormir y empieza a soñar. Ana recuerda que la mujer le ordenó aventarse de la azotea de su casa e ingerir medicamentos que estaban en una caja que su madre guardaba.

Cuando su madre sustituta llegó de su trabajo aproximadamente 2 horas después de lo sucedido, se alarmó mucho y la llevó nuevamente al hospital del ISSEMyM en donde fue atendida a causa de las lesiones físicas, las cuales menciona que no resultaron graves. Ana despertó 2 días después de permanecer internada, y es dada de alta 1 semana después de haber ingresado.

Posterior a este evento, Ana menciona que sus padres siguieron renuentes a buscar ayuda profesional insistiendo que la práctica de la religión católica mejoraría su salud. Algunos meses después, empezó una nueva relación amorosa con un chico al que ella decía no querer tanto, pero que estaba con él porque siempre cumplía sus demandas.

Dice que tuvo relaciones sexuales con él a partir de los 3 meses, terminando su relación a los 6 meses. En este lapso ella describe haberse embarazado por lo que después de mucho pensarlo, decidió tener al bebé. Mantuvo la noticia en secreto hasta los 6 meses de embarazo y antes de que sus padres sustitutos lo notaran, se fue a vivir con su padre biológico los últimos 3 meses del embarazo.

Ana dice que su padre biológico la apoyó para tener al bebé prometiéndole que no les contaría nada a sus padres sustitutos. Relata que en el momento del parto, la sedaron y quedó dormida. Al despertar le dijeron que su hijo había nacido muerto por lo que ella les pidió a los doctores ver el cuerpo fallecido de su hijo pero ellos se negaron. Este evento provocó en ella mucha tristeza y frustración por no saber qué había pasado. Un mes después, refiere haber regresado a vivir con sus padres sustitutos, ya que comenzaría a estudiar una licenciatura cerca de donde ellos vivían.

Después de 2 meses del nacimiento de su bebé, su padre biológico le dijo que su hijo no había muerto, por el contrario estaba vivo pero se lo habían dado a

una de sus hermanastras que buscaba tener hijos y no podía, excusándose de que Ana era muy joven y no estaba en condiciones de cuidar a un bebé.

Cuando Ana se enteró de esto reaccionó con indiferencia, sin importarle y sin ganas de conocer a su hijo manteniéndose así hasta la actualidad, rechazando la existencia de su hijo. Este evento es contado sólo por Ana, siendo difícil hasta ahora obtener un testimonio por parte de sus padres ya que el acceso a su padre biológico quien de acuerdo a la narración de Ana sabe sobre eso, resulta difícil localizar y la madre sustituta de Ana dice no saber nada sobre el tema, y nunca haberla visto embarazada.

Aproximadamente 6 meses después de este evento narrado por Ana, ella menciona que comienza a ver a un niño de entre 6 y 8 años de edad el cual le parece bueno y con quien dice hablar de vez en cuando de lo que le sucede a ella siendo este niño un buen confidente. Cuando Ana ve a este niño, dice sentirse segura y confiada. Refiere que lo ve sólo cuando está sola y necesita hablar con alguien, sin perder la “sensación de realidad” como cuando ve a la mujer mencionada anteriormente.

En junio del 2014 la madre de Ana decide buscar ayuda profesional en el ISSEMyM a causa de las continuas lesiones que se provocaba a sí misma. Ana fue diagnosticada en este hospital con trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo por lo que comenzó un tratamiento psiquiátrico y psicológico, desde entonces no ha presentado alucinaciones visuales, menciona sentir sólo en algunos días de la semana la sensación de que la están siguiendo, aunque su ansiedad, necesidad de autolesionarse, síntomas depresivos, apatía, insomnio y problemas alimenticios siguen siendo persistentes.

E) Enfermedades anteriores

A la edad de 16 años fue valorada en el Pabellón Psiquiátrico de Ecatepec por posible trastorno bipolar, tratada con fluoxetina y carbamacepina, sugirieron

hospitalización por 1 mes y medio pero su madre firmó responsiva para que la dieran de alta, posteriormente fue al Instituto Nacional de Psiquiatría y le cambiaron el medicamento por presentar alergia a este, sin embargo abandonó el tratamiento por cambio de domicilio. En marzo del 2012 fue internada 1 semana en el ISSEMyM por intento de suicidio tomando medicamento recetado y alcohol. En febrero del 2013 fue internada 1 semanas en el ISSEMyM nuevamente por intento de suicidio presentando lesiones físicas e intoxicación por sustancias, tuvo EEG normales, sin antecedentes de alteraciones estructurales.

F) Historia personal anterior

Ana fue producto de la primera gestación de la madre a los 15 años de edad, no fue planeada ni deseada a causa de que su madre no quería ser madre soltera y su padre biológico tenía un matrimonio, hubo labilidad emocional por parte de la madre durante el embarazo así como mucho rechazo por la familia de origen, en especial por la madre, presentó un desarrollo normoevolutivo durante el embarazo de acuerdo al testimonio de la madre sustituta, fue obtenida por vía vaginal, sin sospecha de sufrimiento fetal. Pesó 2800gr y su talla fue de 49cm.

Su madre biológica la alimentó hasta los 8 meses de edad, posteriormente fue alimentada con mamila y la dejó cuando tenía 1 año sin aparentes problemas de alimentación. Su desarrollo psicomotor comenzó a los 3 meses de edad aprendiendo a sostener su cabeza, sedestación a los 6 meses de edad, gateó a los 7 meses y bipedestación a los 9. Comenzó a caminar a los 12 meses, sus primeras palabras las dijo a los 8 meses y sus primeras frases hasta los 2 años, logró integrar el lenguaje a los 2 años y medio. Presentaba timidez ante extraños y signos de privación materna a causa del rechazo de ésta. Logró controlar sus esfínteres a los 2 años y medio sin problemas de eliminación. Presentó dactilofagia desde el primer año de vida y hasta los 9 años, onicofagia desde los 9 años hasta la fecha, fue diagnosticada con anorexia nerviosa a los 9 años a

causa de vómitos involuntarios y falta de apetito, presentado también terrores nocturnos y bruxismo.

Ana menciona no recordar mucho de su infancia, dice que tiene memoria desde que tenía 3 años aproximadamente, aunque sus recuerdos no son claros, menciona que le gustaba mucho estar en la casa de su abuela a quien quería mucho, enseguida describe un recuerdo en el que fue abusada sexualmente por su padre sustituto a la edad de 6 años, lo cual a veces dice recordar diciendo que no es algo que le haya afectado mucho y no tiene resentimiento contra él.

Describe su infancia como normal, aunque considera que siempre fue tímida para relacionarse con otros niños, por lo que se concentraba sólo en las actividades escolares, recuerda haberse puesto triste en un festival del precolar porque su madre no pudo acudir. En la primaria lloraba mucho porque se enteró que sus padres sustitutos no eran sus padres biológicos y comenzó a sufrir de bullying por su bajo peso, aunque su rendimiento escolar no disminuyó.

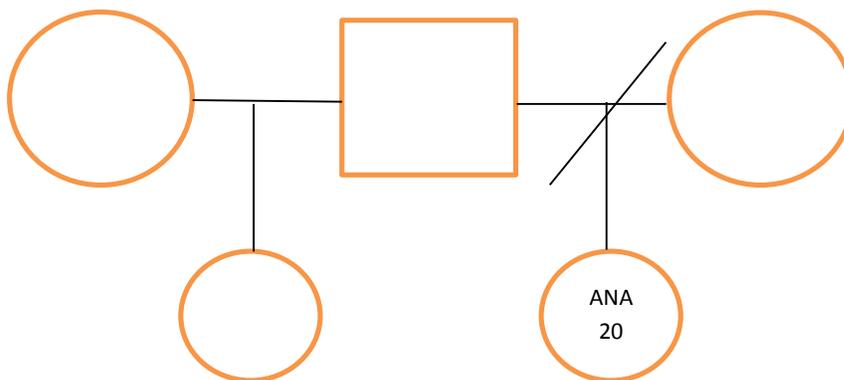
Su rendimiento escolar se vio disminuido a partir de los 12 años de edad a causa del bullying escolar, así como de cambios emocionales. Ana refiere que no tuvo muchos amigos durante su adolescencia pero tenía una buena relación con sus hermanos, no habla de ninguna persona con quien hubiera compartido experiencias emocionales, hasta que tuvo una relación amorosa a los 16 años de edad, tiempo en el que decidió vivir con su pareja durante 2 años, los cuales sufrió mucho y dice haberse vuelto “muy fría y sin sentimientos”. No logró terminar la preparatoria a causa de problemas escolares, principalmente relacionados a inasistencia y bajas calificaciones, aunque con ayuda de su madre sustituta recibió su certificado por ser la directora de la escuela.

Durante esta etapa comenzó a presentar síntomas de ansiedad, anorexia nerviosa, pesadillas, uso de alcohol y de tabaco, problemas con su imagen y peso corporal, cutting, intento suicida e ideación de muerte.

Comenzó su vida sexual a la edad de 16 años describiéndola como algo de lo que no disfrutaba por sentirse incómoda con su cuerpo, a los 18 años tuvo una segunda pareja sexual con la que mantuvo una relación por 6 meses. Aproximadamente en este periodo refiere que comenzó a presentar las alucinaciones descritas anteriormente.

Actualmente es estudiante del segundo semestre de la licenciatura en psicología en una universidad privada, expresa interés por el estudio de la conducta humana y la psicología clínica, tiene poca actividad social, lleva una deficiente relación con su padre sustituto con quien no habla ya que tuvo una pelea hace algunos meses en la que él le dijo que era una mantenida y la quería fuera de la casa,, planea salirse de su casa porque ya no aguanta estar ahí y quiere dejar de estudiar porque no encuentra apoyo económico por parte de sus padres sustitutos. Tiene una pareja con quien mantiene relaciones sexuales desde hace 3 meses y dice sentirse obligada a hacerlo ya que se sigue sintiendo incómoda ante esta situación. Presenta cuidados deficientes en la planeación y la higiene sexual, teniendo relaciones sexuales sin algún tipo de medida preventiva.

G) *Familiograma*



H) *Historia familiar*

Los padres biológicos de Ana se conocieron en el Estado de México de donde su madre biológica, María, era originaria. Ella no estudiaba mientras que su padre

biológico, Rosendo, era un médico general, existe poca información de cómo se conocieron a causa de que la madre sustituta es la única fuente, y la cual desconoce la historia. Ellos estaban saliendo aunque no eran una pareja estable,

María sabía que Rosendo era un hombre casado y con una hija pequeña, pero aun con eso ella le pidió que tuvieran un hijo. El accedió a la demanda de María aunque pasó poco tiempo para que ella se arrepienta estando inconforme la mayor parte del embarazo, deseando que eso no hubiera pasado. Cuando Ana nació, María no quería hacerse cargo de ella pero accedió a alimentarla, su padre biológico regresó con su familia al Distrito Federal cubriendo sólo las necesidades económicas de María y de Ana.

Los padres de María tomaron la noticia del nacimiento de Ana de una forma violenta, maltratando y golpeando a María indignados por la noticia ya que según menciona la madre sustituta de Ana, vivían en un pueblo donde tener un hijo de un hombre casado era muy mal visto. Cuando Ana cumplió 8 meses de edad, su madre biológica la abandonó en la casa de sus padres, huyendo de su casa sin avisar. Ana vivió con sus abuelos hasta que cumplió un año, tiempo en el que también fue maltratada y rechazada por ellos. Cuando Ana cumplió 1 año de edad, Lucia quien es la madre sustituta actual de Ana y también la hermana mayor de María decidió adoptarla. Lucia estaba casada con su actual esposo José Luis quien es también el actual padre sustituto de Ana.

La pareja recibió a Ana como su primera hija dentro de su matrimonio y le dieron sus apellidos. Desde entonces tiene una relación estable con sus “padres de crianza” como ella los llama, con quienes creció y vive hasta la actualidad.

A los 8 años se enteró de que sus padres sustitutos no eran sus padres biológicos, posteriormente conoció a su madre biológica con quien no mantuvo una buena relación, y al mismo tiempo conoció también a su padre biológico con

quien tiene una buena relación en la actualidad, algunas veces hablan por teléfono y en algunas temporadas ella se va a vivir con él al Distrito Federal.

Omite como es la relación con su madre biológica. Su padre sustituto tiene una Maestría en educación y es descrito como un hombre autoritario y agresivo el cual da muchas órdenes y se hace lo que él dice. Su madre sustituta ha sido ama de casa desde que inició su matrimonio, quien es sumisa y protectora. Este matrimonio tiene 4 hijos incluyendo a Ana quien es la primera hija, tiene 2 hermanas con las que tiene una relación muy buena y dice llevarse muy bien, especialmente con la más pequeña que es con quien se identifica y habla sobre su vida. El más pequeño de la familia es un niño de 4 años con quien no tiene mucha relación pero dice querer mucho.

Ana piensa que su padre siempre ha sido muy autoritario en casa y siente que ninguno de los logros que ella ha tenido ha sido suficiente para él, siendo exigente y alguien a quien dice “nunca se le da gusto”. La relación con su madre sustituta es mejor, hay una buena relación de confianza aunque Ana refiere que a veces su madre es agresiva y gritona. La madre sustituta de Ana añade que existe una buena relación entre ella y su hija, piensa que algunas veces es sobreprotectora, dice que Ana es muy rebelde e irritable, principalmente con su padre que es con quien discute de forma regular desde su adolescencia.

Describe su hogar y la dinámica familiar como la de “una familia normal que a veces tiene problemas” y que en general todos en casa se llevan bien.

II Estado mental

Ana se presentó a la entrevista, puntual, limpia, aliñada, consciente, orientada, con buena verbalización, asustada, medianamente apática, inquieta, con signos de ansiedad, hiperhidrosis palmar, postura tensa, contención, llanto controlado, fragilidad. Presentó modismos lentos y cuidadosos al andar, rigidez e inquietud constantes, movimientos con las extremidades. Se mostró cooperativa, defensiva

cuando se le hacían preguntas, hostil y evasiva. Su estado de ánimo era de tristeza, menosprecio, sentimiento de fracaso, minusvalía, miedo, ansiedad, agitación, inquietud, desolación, desrealización, abulia, apatía, anhedonia y labilidad emocional.

Su actividad cognitiva era estable aunque presentaba fuga de ideas, dificultad para concentrarse, lenguaje fluido en ocasiones, respondía a lo que se le pregunta de forma parcial y defensiva. Su comunicación fue fluida sin presentar alteraciones en el lenguaje, en ocasiones parecía que le cuesta mucho hablar e hilar lo que quiere expresar. Se mostró preocupada por su sintomatología depresiva y ansiosa, así como de la distorsión sensoperceptiva, ideación de muerte, rechazo de la imagen corporal e ideas recurrentes de hacerse daño. Su memoria remota era deficiente, aunque no se sospecharon problemas de retención en su memoria a corto y largo plazo. Sin problemas para orientarse en tiempo ni espacio, tampoco presentó alteraciones en la percepción de su persona.

Durante la entrevista tuvo un buen control de impulsos, aunque haciendo una revisión de su historia clínica tiene problemas para manejarlos, es impulsiva con tendencias al acting out. Su juicio social fue esperable a la conducta aceptada en la cultura. Su grado de consciencia de enfermedad era bueno, aunque su nivel de insight emocional es bajo.

La información brindada por el paciente es confiable y da la impresión de ser verdadera, aunque a la vez es algo limitada.

6.2 Interpretación del T.R.O.

¿Cómo puebla el sujeto su mundo?

Ana puebla su mundo principalmente en función de personajes escindidos, idealizados, totalmente agresivos, persecutorios, omnipotentes, aplastantes, sádicos, con poca capacidad para dar afecto, que tienden a abandonar y lastimar, objetos parciales que

son fuente de proyecciones intensas los cuales refuerzan la fragmentación de un yo débil y primitivo. También se encontraron personajes masculinos amenazantes, personajes femeninos desvalorizados, personajes excluyentes, dependientes y solos.

Se encontró una percepción escindida de la figura masculina y femenina, así también deseos por una relación sexual infantil hacia el padre idealizado, siendo la madre excluida de esta relación.

Los personajes masculinos, se perciben como sujetos que lastiman, y son incapaces de amar, rígidos y agresivos, que dañan y abandonan a las figuras femeninas, por otra parte, producto de la idealización que viene de su tendencia a escindir los objetos, también son comprensivos, fuertes y omnipotentes, seductores y admirados por la mujer, siendo buenos amantes. Existen sentimientos de venganza hacia los objetos masculinos malos, por haberle abandonado, fantaseando con destruirlo en pedazos, matarlo y hacer que sufra de forma eterna y repetitiva.

Se encuentra en las historias una figura masculina ciega y sorda, que no la ve ni la escucha, la cual no quiere saber de ella y la rechaza, figura a la que se aferra y aunque siente un profundo odio y sentimientos de hostilidad, teme perder su parte idealizada.

Cuando los personajes son femeninos, se perciben de una forma pasiva-masoquista, destinados a sufrir y a ser abandonados, los cuales poseen características idealizadas de inteligencia, comunicación afectiva y fragilidad emocional, así como tendencia a la muerte o al sufrimiento. En algunas historias los personajes femeninos enferman y mueren, teniendo un intenso rencor y odio hacia la vida, este intenso rencor es algo que expresan justo antes de morir. Se ha notado también que los personajes femeninos en la mayoría de las historias son una proyección de Ana en los que generalmente ocupa el lugar de su madre.

Se encontraron personajes femeninos infantiles que idealizan a la figura paterna, lo admiran de forma inalcanzable, imagen que parece coincidir con la percepción

idealizada de las figuras masculinas en donde se visualiza como una niña que espera recibir gratificación paterna.

Tanto los personajes masculinos como femeninos no han logrado ser integrados, por lo que suelen ser percibidos como objetos parciales que son idealizados y devaluados, producto de un desplazamiento de sus experiencias con sus primeros objetos.

En lo que respecta a sus relaciones de pareja, parece, al igual que sus historias, realizar una fantasía inconsciente en la que ella se vive como su propia madre idealizada, y su pareja tiene las características paternas mencionadas, también idealizadas. Los personajes masculinos son deseados aun con las características malas que tienen, principalmente las de abandono, en las que Ana busca la vinculación con un objeto aunque este sea agresivo.

En la relación heterosexual hay una idealización de la figura masculina y una desvalorización de la figura femenina encontrando en las historias que los personajes masculinos son escindidos ya que primero son descritos con características buenas como la capacidad de amar y de proteger y posteriormente se tornan “malos” y abandonan a las figuras femeninas. Por tanto la idealización de la figura masculina en la relación heterosexual es común en Ana. La idealización refuerza la escisión de los objetos siendo difícil su integración.

Se relaciona generalmente con hombres que ella cree que son inteligentes y arrogantes, figuras masculinas que en un principio le resultan gratificantes y amorosos, pero que posteriormente se muestran hostiles y agresivos. Ana desea una relación afectiva idealizada, sin embargo por sus temores a la separación, al fracaso de la relación y al enfrentamiento a la realidad de una pareja no ideal, tiende a controlar sus sentimientos y a negar conflictos, su relación afectiva es una repetición de su fantasía pre-edípica.

En lo que se refiere a su relación con grupos, Ana mantiene relaciones pobres y superficiales, que no implican un vínculo afectivo significativo, su interacción con el medio es difícil, cuando participa en una situación de grupo, tiende a utilizar la identificación proyectiva, defensa primitiva que participa en la desintegración de su propio self. Ana percibe a los otros como amenazantes y potencialmente agresivos, por lo que prefiere aislarse del medio. Su vinculación social es pobre y cuidadosa. Ana percibe la exclusión por parte de su grupo familiar, siendo personajes que no satisfacen sus necesidades ni sus demandas de atención sintiéndose sola y aislándose para evitar el sufrimiento.

Ana teme a la soledad y al abandono estando principalmente influenciada por sus temores persecutorios los cuales no le permiten entablar relaciones maduras y profundas, siendo intolerante al dolor, reaccionando ante éste con mecanismos primitivos principalmente la escisión, la idealización y la devaluación. Para ella los personajes que sufrían de exclusión o eran abandonados tendían a morir rápidamente lo cual causaba mucho sufrimiento en ellos.

El superyó de Ana ha sido introyectado como rígido y sádico, haciéndole pensar que no merece vivir ni obtener satisfacción de los objetos. Este superyó también primitivo se vuelve persecutorio, castigador, y desvalorizador, superyó que le obliga a hacerse daño. Así piensa que inevitablemente la gratificación tiene que ser agresiva y dolorosa, sintiéndose incapaz de sentir placer sin sentir una enorme culpa.

Dentro de las percepciones inusitadas no hubo situaciones específicas, aunque resulta importante resaltar que en la mayoría de las láminas, incluso las que podría suscitar otra cosa, realiza historias similares, por otra parte describe lugares “infernales” y proyecta en estas historias su preocupación de enfermedad.

¿Por qué percibe Ana las situaciones del modo en que lo hace?

Las resultantes de los procesos dinámicos de introyección y proyección que influyen los procesos perceptivos en Ana suelen ser negativos. Esto significa que Ana introyecta

y proyecta agresión de forma secuencial e intensa, gastando demasiada energía en sus recursos defensivos para lidiar con los temores consecuentes a estas proyecciones e introyecciones principalmente agresivas. Esto a su vez, intensifica mecanismos primitivos como la escisión, la idealización y la identificación proyectiva, mecanismos que serán parte fundamental de sus posteriores relaciones con los objetos.

La intensa agresividad experimentada en las primeras relaciones de objeto en Ana, crea fuertes fantasías pulsionales de destruir el objeto, vaciándolo de todo lo deseable, lo que a su vez refuerza la ansiedad persecutoria creada por el temor de venganza del objeto volviéndose así un círculo reforzador de agresividad. El temor de persecución es intenso, así como la agresividad recibida del exterior, introyectada y proyectada de nuevo, haciendo difícil el desarrollo psíquico posterior.

Toda esta hostilidad, obliga al yo primitivo de Ana a escindir el objeto externo para soportar dicha ansiedad. La parte buena del objeto es aquella que gratifica (aunque sea de forma parcial y agresiva) sus pulsiones internas, la cual es idealizada en la medida en que puede serlo, la parte mala es aquella de la que se percibe rechazo, y que es sentida como persecutoria, la cual será introyectada como un superyó primitivo y sádico. Ana escinde la figura paterna en una parte idealizada que admira y con quien busca relacionarse y otra que es blanco de agresión y hostilidad, características que posteriormente desplaza a figuras masculinas que serán parte de sus próximas relaciones de pareja.

De la misma forma, la figura materna, también es escindida, el objeto idealizado posee características buenas con las que ella se identifica como la capacidad de amar, proveer y vincularse con otros. El objeto malo, resultado de esta escisión de la figura materna será aquel del que no encuentra una gratificación y también hay una identificación, principalmente en características como la pasividad al dolor y la tendencia al sufrimiento.

Las proyecciones agresivas de Ana hacia sus objetos primarios son intensas, la primera lamina de color, evoca agresión contenida que describe su hostilidad matando y destruyendo a sus objetos, haciéndolos pedazos, teniendo fantasías de venganza, dirigiendo un intenso rechazo hacia su medio en general, temiendo destruir a sus objetos, producto de su agresión proyectada.

A causa de esta continua proyección e introyección de agresividad, sus objetos internos también parecen siempre amenazantes. En las historias del TRO realiza una descripción detallada de lo que llama “infierno” en la que habla de demonios persecutorios, fuego y maldad, en general, de un ambiente interno al que teme, y dice “soñar de vez en cuando con él”.

Al no integrar sus objetos, viéndolos de forma parcial, Ana tampoco puede estar integrada. Su fijación en etapas tempranas del desarrollo psíquico, sugiere también una relación de objeto simbiótica, Ana no logra diferenciar entre ella y el objeto, perdiendo su sentido del self.

La constancia objetal aún no es estable, por lo que la agresión proyectada al objeto malo es agresión recibida también en su propio cuerpo. En su fantasía inconsciente ella ataca su propio cuerpo para hacer daño al objeto malo. Sus temores son intensos y diversos propios de una posición esquizoparanoide. No tolera la frustración exterior reaccionando ante esta con auto punición y desintegración del yo.

La identificación proyectiva es utilizada también como mecanismo de defensa, identificándose de forma idealizada con sus objetos buenos y devaluándose a sí misma, como resultado de la identificación con sus objetos malos. En las historias describe a su madre como a “ella misma”, con características suyas, proyectadas en su idealización de la figura materna.

En la proyección que hace a otros, su yo, ya debilitado por el uso intenso de mecanismos de defensa primitivos, comienza a fragmentarse con cada proyección

utilizada, lo que caracteriza y suponemos, refuerza su condición psicótica. En los resultados obtenidos se aprecia como Ana fragmenta su propia imagen, por medio de la identificación proyectiva, siendo los personajes femeninos de todas las historias, incluso en distintas edades, una proyección de ella misma.

Sus tendencias regresivas a etapas tempranas del desarrollo infantil también son notables, buscando “su lugar” el que describe como un lugar donde puede encontrarse totalmente sola y aislada de objetos agresivos y amenazantes, su lugar favorito, pero también “el lugar más cruel” este lugar que ella describe en las historias, parece ser el vientre materno en el que, si bien sus pulsiones eran gratificadas desde el embarazo, el vientre materno pudo sentirse para ella como un lugar amenazante, siendo receptora de la agresión materna y el rechazo hacia ella. Su deseo de muerte se convierte entonces en un intento para regresar a “su lugar”.

En cuanto a los procesos dinámicos que determinan su percepción de las situaciones sociales, se encontró que en la mayoría de las historias el entorno en el que se desarrollan es agresivo, amenazante y persecutorio, siendo pasiva ante este medio.

Las relaciones de pareja descritas son pobres, generalmente vividas con vínculos afectivos deficientes, temiendo ser abandonada, destruida, o excluida. Ana se defiende ante estos temores por medio de comportamientos pasivos, aislándose afectivamente, encerrándose en sí misma, y escindiendo al objeto, teniendo dificultades para vincularse afectivamente de manera estable y madura. Proyecta en los demás su propia agresión, lo que hace que sus objetos se tornen persecutorios.

Ana tiene mayor inclinación hacia los eventos negativos, por lo tanto en su percepción de las situaciones sociales se ve influida por sus temores persecutorios entablando consecuentemente relaciones infantiles. Tiene un deseo consciente de superación, de formar una familia y poder dar el sostenimiento adecuado a sus hijos buscando repararse en ellos, también busca un hombre que la ame y que satisfaga sus necesidades de atención y vinculación afectiva, teme fracasar en su relación de pareja

principalmente por su carácter tan distante y egoísta lo que le provoca culpa en sus relaciones.

Se observó, que tras una historia o situación agresiva, contaba una historia afectiva e idealizada que inevitablemente terminaba en sufrimiento. Tiene intensos sentimientos de soledad, desvalía y rechazo, así como temor a desaparecer o morir. En las historias se muestran de forma explícita e implícita, el ataque hacia su propio cuerpo, la muerte deseada por un superyó aplastante, las figuras idealizadas que refuerzan un superyó ideal rígido y sádico, situaciones que Ana vive con pasividad.

¿Qué clase de conducta en las diversas situaciones sociales resultará del modo en que Ana las ve?

De acuerdo a lo observado existe una alta probabilidad de que Ana entable y repita relaciones de pareja superficiales, producto de una historia fantaseada en la que reconstruye su propia historia prenatal, relacionándose con hombres idealizados que muestren características agresivas y omnipotentes, teniendo una actitud sumisa ante esta agresión.

Así también podría iniciar relaciones con hombres que considere semejantes a su padre, estando en una posición de sumisión ante sus parejas donde su vinculación afectiva sería infantil e inmadura, siendo incapaz de mostrar sentimientos profundos por temor a perder los objetos, manteniendo solo su parte idealizada lo que le permitiría mantener la ilusión de una relación fantaseada en la que no tenga que lidiar con problemas de pareja.

En general podemos concluir con base en lo anterior que Ana podría presentar dificultades para relacionarse con los demás ya que primero idealizará las partes buenas de los objetos lo que traerá consigo una devaluación del mismo reforzando así la escisión de estos, por otra parte estos objetos serán blanco de proyecciones agresivas que serán sentidas como persecución y finalmente le llevarán a evitar nuevas relaciones con otros. Así en su trato con los demás podría mostrarse desconfiada,

poniendo una barrera que facilite el distanciamiento dificultando la comunicación y la interacción siendo indiferente ante éstas.

Sospechamos que el mundo para Ana podría parecer cada vez más agresivo y hostil, como consecuencia de la continua introyección y proyección de agresión, y la pobre integración de los objetos. Así los objetos parciales serán percibidos de forma crónica como persecutorios y amenazantes, introyectando también un superyó cada vez más sádico y rígido.

Existe la posibilidad de que la escisión como mecanismo de defensa utilizado por Ana siga siendo continua, a causa de la dificultad de integrar sus primeros objetos. Al no poder integrar estos objetos parciales, la utilización de mecanismos primitivos ya expuestos, podrían reforzar y contribuir con el tiempo a un estancamiento psíquico patológico.

6.3 Análisis de caso

Sin lugar a dudas, los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Relaciones Objetales nos ofrecen una mirada de las relaciones objetales internalizadas de Ana, las cuales se encuentran influenciadas por su historia de vida, sus experiencias tempranas y por el ambiente en que dichas experiencias se han desarrollado.

Retomando la historia clínica de Ana integrada en esta investigación y los resultados de las láminas del T.R.O. podemos apreciar que la agresión que ella ha vivido desde el inicio de su vida y hasta los primeros años de su infancia y adolescencia ha sido continua, y que lamentablemente ha contribuido a la inadecuada integración de su yo.

Esto sugiere una incapacidad de lidiar con las exigencias de la realidad lo cual podría ser la causa de una distorsionada percepción de su mundo externo e interno.

Al nacer, Ana fue rechazada por sus objetos primarios, principalmente su madre quien expresaba este rechazo en forma de agresión y que con base en la Teoría de las

Relaciones Objetales dicha agresión pudo haber sido introyectada y posteriormente proyectada al exterior reforzando un continuo círculo dinámico que comenzaría a definir su estructura psíquica.

El posterior abandono y rechazo de su madre pudo haber obstaculizado en ella su capacidad para poder integrar un objeto único siendo necesaria la utilización de mecanismos de defensa primitivos propios de estadios tempranos del desarrollo psíquico como la negación, la idealización, la devaluación, la escisión de los objetos y la proyección, los cuales serán parte fundamental de su futura vinculación con el mundo y con los objetos.

Cuando Ana es adoptada por sus padres sustitutos algunos meses después de haber sido abandonada por su madre biológica, comenzó a recibir la atención y los cuidados que no pudieron ofrecerle anteriormente por lo que la relación con el objeto bueno pudo verse fortificada gracias a su madre sustituta pero que creemos no fue suficiente para lograr una integración objetal adecuada.

En los años siguientes, Ana tuvo una relación con sus padres sustitutos medianamente apropiada, en la que la agresión proyectada e introyectada seguía siendo continua por la dinámica familiar existente y mecanismos como la escisión, la idealización y la devaluación eran reforzados por estos procesos dinámicos.

Ana resalta las características buenas de su madre sustituta y la describe como una madre muy amorosa y sobreprotectora con quien tiene mucha confianza. Estas características son visibles en las historias del T.R.O. que ella relata en las que las figuras femeninas son idealizadas y con las que ella misma se identifica. Por otra parte hace notar las características malas de su padre sustituto a quien describe como un hombre rígido y poco afectivo, con quien tiene peleas frecuentes porque es muy demandante, agresivo, autoritario y busca siempre que se haga lo que él quiere. Esto hace pensar que Ana idealiza la parte buena de su madre sustituta y devalúa a su

padre por sus características malas sugiriendo que la escisión es un mecanismo presente en la vinculación afectiva que tiene con sus figuras paternas.

A la edad de 8 años Ana se enteró que sus padres sustitutos no eran sus verdaderos padres a lo que reaccionó con una intensa tristeza. Paulatinamente comenzó a haber un acercamiento entre Ana y sus padres biológicos recibiendo mayor atención y cuidados por parte de su padre, en cambio su madre seguía mostrando rechazo a la idea de mantener cualquier relación con ella.

Este evento hace sospechar que el mecanismo de escisión fue reforzado en Ana pues al contar con “padres sustitutos” y “padres biológicos” la escisión de los objetos se volvió real. El objeto bueno parece haber sido simbolizado por su madre sustituta a quien idealiza y por quien se siente amada. El objeto malo a quien devalúa es representado por su madre biológica de quien dice sentirse abandonada. De igual manera sucede con la figura paterna. Su objeto bueno, su padre biológico, es quien posee en su mayoría características idealizadas como las de omnipotencia, sensatez, capacidad para ser comprensivo, seductor, de quien recibe consejos, apoyo económico y con quien a pesar de su lejana relación, se identifica. Aunque su padre biológico comparte características con el padre sustituto como cierta rigidez y poca expresividad, su padre sustituto será para ella el objeto malo, el cual resulta amenazador, hostil, inaccesible, persecuidor y dañino, percepción que puede estar relacionada con un abuso sexual que sufrió por parte de él en sus primeros años de vida, y que su conducta agresiva y castrante confirmaría en los años siguientes.

De acuerdo a esto, suponemos que este evento en la vida de Ana pudo haber sido el desencadenante de su próxima sintomatología y que la escisión de los objetos vivida como real y representada por 4 padres, dificultaría de forma tajante su capacidad para integrar el objeto.

Por otra parte, creemos que la perturbada integración del yo de Ana dificulta su capacidad para diferenciar entre ella misma y el objeto, por lo que los ataques hacia el

objeto malo también son recibidos en su propio cuerpo lo que desemboca en síntomas observables que Ana comenzó a presentar en su infancia y adolescencia como los trastornos de la alimentación, la autopunición visible en el cutting y la continua ideación suicida.

La poca diferenciación entre ella misma y el objeto también dificulta su capacidad para poder diferenciar entre lo interno y lo externo por lo que las percepciones distorsionadas como los sentimientos de persecución, escuchar voces en su cabeza y ver a una mujer que le causa miedo y que la obliga a lastimarse pueden ser el resultado de esta perturbación. Ana parece proyectar como mecanismo de defensa, partes de su mundo interno al exterior que pueden ser vistas como alucinación.

Otro evento importante en la vida de Ana es en el que relata haber estado embarazada y haber tenido un bebe, el cual su padre biológico decidió dar en adopción a una de sus medias hermanas sin su autorización, considerando que Ana era poco capaz para cuidarlo por sus antecedentes emocionales.

A partir de este suceso Ana comenzó a ver a un niño el cual describe como una presencia buena, con la que puede hablar cada que se siente mal o necesita hacerlo.

Por lo expuesto anteriormente, pensamos que esta alucinación tiene dos causas. Por una parte parece ser una proyección del objeto bueno interno en el exterior y el cual sirve como defensa a la intensa angustia recibida y que en cierta medida le permite tener una vinculación afectiva buena, aunque patológica. Por otra parte la alucinación mencionada también pudiera servir como forma de restituir el objeto perdido, en este caso, su hijo. Pensamos que la restitución del objeto perdido por medio de la alucinación es resultante de mecanismos de defensa que sirven como contención de la angustia externa. Así también la tendencia de Ana a la repetición de su historia de vida, sugiere ser una repetición de su propia fantasía pre-edípica en la que busca recuperar sus propios objetos perdidos.

En conclusión creemos que Ana logró una integración objetal sólo de forma parcial, lo que explica la temporalidad de sus síntomas psicóticos así como la lucidez en sus procesos cognitivos los cuales no son observables en la patología psicótica grave pero que la continua dinámica de proyección e introyección de agresividad, así como la utilización de mecanismos de defensa primitivos irán fragmentando su yo fijándola en etapas tempranas del desarrollo psíquico lo cual podría seguir contribuyendo a su condición psicótica.

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

7.1 Discusión

Antes de desarrollar nuestra discusión es importante señalar que Ana acudió a la Clínica de Consulta Externa “Adolfo López Mateos” del ISSEMyM a causa de la sintomatología referida en páginas anteriores en donde fue diagnosticada bajo los criterios del CIE-10 (1992) con trastorno esquizoafectivo tipo 2 el cual destaca por la expresividad de su sintomatología psicótica.

De acuerdo a la clasificación del CIE-10 (1992) los pacientes con este trastorno frecuentemente cuentan con un historial de múltiples hospitalizaciones pos-episodio psicótico. Falta en ellos la desorganización, los trastornos formales del pensar, el empobrecimiento o la alogia propia de los pacientes esquizofrénicos. El contacto parece mejor conservado y en algunos periodos puede tener expresiones de cercanía afectiva que no se observan en la esquizofrenia.

Asociado al trastorno esquizoafectivo puede haber una pobre actividad laboral, un retraimiento social acusado, dificultades para el cuidado de sí mismo y un aumento en el riesgo de suicidio. Normalmente, los síntomas residuales y negativos son de menor gravedad y cronicidad que los que se ven en la esquizofrenia.

La denominación *esquizoafectivo* entraña ciertamente ambigüedad al respecto de la nosología de esta entidad. Su origen data de 1933 y fue acuñado por J. Kasanin, basado en la descripción de pacientes que presentaban una psicosis de inicio repentino con un cuadro clínico atípico, de diagnóstico diferencial difícil que podía denominarse como esquizofrénico o afectivo.

Kasanin (1933) describe características singulares y atípicas de estos pacientes que se apartan de los criterios formales de la esquizofrenia. Son pacientes jóvenes, entre 20 y 30 años, con un adecuado ajuste social premórbido e inteligencia normal o superior, que presentan una psicosis de comienzo brusco, súbito, usualmente presidida por un

estado de depresión latente y con el antecedente de un evento vital estresante significativo que actúa como desencadenante. Esta psicosis cursa con inestabilidad emocional, distorsión de la realidad, y en algunos casos con presencia de impresiones sensoriales falsas.

Tomando en cuenta esto podemos decir que la condición psicótica que Ana padece podría resultar difícil de diferenciar, pues su lenguaje y conducta no presentan alteraciones observables propias de un paciente psicótico y las alucinaciones que refiere se presentan sólo de manera esporádica, por lo que sólo bajo un estudio detallado de su sintomatología e historia clínica puede resultar evidente su afección.

Como se ya se ha mencionado, esta investigación pone de manifiesto el interés por el estudio de la dinámica de las Relaciones Objetales de Ana que explique su sintomatología actual, pues pensamos que la causa de ésta es un problema en su estructuración psíquica y no una enfermedad.

Dicho lo anterior, a partir de la fundamentación teórica expuesta en esta investigación, así como de la historia clínica del sujeto, se pretende hacer un análisis para dar un fundamento más sólido al fenómeno estudiado que permita enriquecer su comprensión.

La historia de Ana se ve marcada desde su nacimiento por deseos mortíferos paternos, los cuales, vienen a definir de forma tajante, el desarrollo psíquico posterior. Como ya se ha visto en páginas anteriores, Ana es rechazada desde su nacimiento por sus padres biológicos, lo que supone, un ambiente y un cuidado insuficientes para un desarrollo psíquico sano.

Para Klein (1930) las experiencias del bebé con su madre comienzan desde la alimentación iniciando con ella su primera relación de objeto.

Los primeros meses de vida de Ana fueron difíciles, su alimentación y cuidado eran violentos, cargados de rechazo por parte de su madre biológica, por lo tanto sus necesidades eran gratificadas de forma parcial, así la primera vinculación objetal de

Ana fue recibida desde el exterior como agresiva y persecutoria, siendo representada por un objeto amenazante para ella. Esto movilizó principalmente las pulsiones sádico-orales de Ana hacia el objeto externo, fantaseando con atacarlo y vaciarlo de su contenido, como respuesta a la agresión recibida.

Por otra parte, la gratificación sentida en la alimentación refuerza en Ana la escisión del objeto exterior, separando un objeto malo que amenaza con destruirla y un objeto bueno que le gratifica. El mundo objetal de Ana está poblado por objetos parciales, los cuales pueden ser gratificantes o frustradores. La relación con estos objetos implica su introyección y proyección interviniendo en la formación de un yo y un superyó tempranos.

La existencia de estos dos objetos activa mecanismos de defensa primitivos en Ana como la idealización del objeto bueno y la desvalorización del objeto malo. Al ser la agresión una constante en el desarrollo de Ana, sus fantasías de destruir al objeto malo se refuerzan, intensificando el temor de la venganza del objeto malo causado por estas fantasías agresivas que son sentidas como verdaderas, fijándole de acuerdo a Klein (1946), en una posición esquizoparanoide.

Klein (1946) expone que la ansiedad primordial en la posición esquizo-paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y aniquilaran tanto el objeto ideal como al yo.

Siguiendo esta línea Ana podría haber quedado fijada en la posición esquizoparanoide a causa de las intensas y continuas introyecciones y proyecciones agresivas, lo que causa un gran temor de persecución en ella, y por ende el reforzamiento de mecanismos esquizoides siéndole imposible acceder a la posición maniaco-depresiva,

no logrando integrar un objeto único que le permitiera lograr una relación más realista con el objeto. Ante esta situación el yo de Ana sería incapaz de lidiar con la intensa hostilidad experimentada por un objeto externo que también es introyectado y sentido desde el interior.

Para Klein (1946) la detención del desarrollo en estas posiciones, o la regresión a ellas, resultarían patológicas tanto en la infancia como en la vida adulta.

Menciona Klein (1946):

“Como consecuencia, la introyección puede entonces ser sentida como una entrada violenta desde el exterior al interior, en retribución a la violenta proyección. Esto puede conducir al temor de que no sólo el cuerpo, sino también la mente, sean controladas por otras personas de forma hostil. Como resultado puede producirse una aguda perturbación en la introyección de objetos buenos, perturbación que impedirá tanto las funciones del yo como el desarrollo sexual y que puede conducir a un excesivo retraimiento en el mundo interno”.

Los temores persecutorios de Ana resultan demasiado intensos, y su yo es débil y primitivo para soportar la ansiedad persecutoria, por lo tanto podría haber un fracaso en la elaboración de la posición esquizo-paranoide, que conduce a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y de las defensas esquizoides.

Un superyó primitivo introyectado por Ana verdaderamente sádico a causa del temor persecutorio de dichos procesos de introyección y proyección agresivos podría advertir las alucinaciones que Ana refiere, explicando su fantasía proyectada en el exterior de un objeto malo (la mujer mala que refiere en sus alucinaciones) que busca destruirla y que es capaz de controlar su mente obligándola a hacerse daño. Otra de las alucinaciones descritas por Ana es la de un niño el cual tiene características buenas como la comprensión y la capacidad para escucharla. Esta alucinación aparece cuando

Ana describe haber perdido a su hijo en un aborto espontáneo por lo que la proyección de esta fantasía en el exterior de un objeto bueno idealizado pudiera ser una defensa primitiva ante la ansiedad de su yo para enfrentar la pérdida de un objeto siendo la alucinación una restitución de dicho objeto perdido.

Probablemente el yo de Ana se encuentra fragmentado por las continuas introyecciones y proyecciones hacia los objetos siendo éste cada vez más débil, impidiendo internalizar suficientemente a su objeto primario como objeto bueno y, por ende, contar con la capacidad necesaria para lograr estabilidad; no puede confiar en un objeto bueno interno ni externo, como tampoco puede confiar en su propio sí-mismo.

Una perturbación como esta en los mecanismos de proyección e introyección, parece además, ser paralela a una negación de la realidad intrapsíquica. Ana parece negar y dentro de ciertos límites eliminar, no sólo la fuente de su ansiedad, sino también de sus afectos.

Los mecanismos primitivos característicos de la posición esquizoparanoide son utilizados en la vida adulta de Ana, siendo la idealización y la desvalorización los primeros de ellos. Ana tiende a idealizar sus relaciones afectivas con las personas, dando características de grandiosidad y omnipotencia y a su vez, devaluando las capacidades y proyectando agresión a estas personas que después siente como exterior. La utilización de estos mecanismos refuerza y fija la escisión del objeto, así como la fragmentación de su yo.

Antes del nacimiento de Ana, ya podría estarse gestando una tendencia a la patología, siendo sus condiciones prenatales bastante hostiles. Su padre biológico la rechaza desde su concepción, abandonando a la madre quien también la rechaza siendo así incapaz de ofrecer un ambiente adecuado el cual está rodeado de rechazo y agresión, consolidando hasta este punto el advenimiento de sus primeras relaciones objetales.

Para Winnicott (1965), la calidad de un ambiente facilitador en el desarrollo psíquico del sujeto es fundamental, planteando que un ambiente insuficiente, truncaría la tendencia innata del ser humano a desarrollarse y unificarse.

De acuerdo a la revisión de la historia clínica, la madre de Ana no logra adaptarse a sus necesidades en el nacimiento, por el contrario las niega y las satisface parcialmente, siendo incapaz de provocar en Ana sentimientos de omnipotencia a causa de una inadecuada capacidad de sostenimiento. El objeto en Ana pudo no presentarse por su madre el en momento adecuado por lo que el sentimiento de omnipotencia de haber creado el pecho y de ser el pecho estaría parcializado. Al no ser capacitada para crear su mundo por medio de ese sentimiento de omnipotencia Ana pierde interés y significación de él.

Al verse afectada la capacidad creadora en Ana, la habilidad para relacionarse con personas y cosas también lo estaría, por lo tanto el mantenimiento psíquico no logra establecerse de manera esperable, pues al verse dificultada la capacidad para relacionarse con otros objetos, Ana no puede encontrar puntos de referencia estables para una integración adecuada en tiempo y espacio.

Ajuriaguerra (1996) menciona que si la madre falla en hacer sentir al bebé la ilusión de omnipotencia, éste puede experimentar angustias impensables o agonías primitivas, tales como el retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en su cuerpo o la pérdida del sentido de la realidad.

La dificultad que Ana tiene para percibir los objetos de manera integrada impacta en la forma en que se relaciona con ellos, es decir, éstos son amados y odiados de forma escindida, lo cual no permite que Ana se vincule de manera adecuada y productiva. De acuerdo a Winnicott (1965) Ana podría estar fijada entre un periodo de dependencia absoluta y uno de dependencia relativa, en el que la regresión patológica al estado de dependencia absoluta, imposibilita la diferenciación yo, no-yo.

Por otra parte la adaptación de la madre de Ana a sus necesidades es deficiente y no alcanza para posibilitar un adecuado desarrollo de su psiquismo, refiriéndose a la adaptación, no sólo a las necesidades de orden corporal, sino también las correspondientes al desarrollo del yo.

Con base en lo anterior, la madre de Ana parece ser en términos winnicottianos insuficientemente buena, pues las funciones de sostenimiento y presentación del objeto no logran adaptarse a las necesidades que Ana demanda, afectando su desarrollo psíquico, su vinculación con los objetos y su contacto con la realidad.

Nasio (1996b) menciona:

“En ciertos casos, la expresión madre suficientemente buena, no se refiere al comportamiento de una madre real, sino a una situación en que son varias las personas que prodigan los cuidados al niño y es de suponerse que cuando este tipo de cuidados es deficiente en cuanto a la calidad afectivo-emocional la representación materna este fragmentada dando lugar a la inseguridad de sentirse real y de sentirse vivo”.

De acuerdo con Winnicott (1975), para Ana el ambiente facilitador, así como la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades de ella son insuficientes, defendiéndose contra la ansiedad provocada por esta deficiente capacidad de sostenimiento, mediante mecanismos como la desintegración, despersonalización, estado autista y exacerbación del narcisismo primario, llevando así a una organización desviada y patológica.

Mahler (1952) también responsabiliza a la madre como parte del ulterior destino psíquico del infante, sin excluir la participación de factores biológicos en el desarrollo de la patología psicótica, destacando la fragmentación del yo, de un mundo externo que lo aliena y con el que interacciona primero de forma simbiótica.

Desde un inicio, en la etapa autista que esta autora propone, las necesidades biológicas de Ana en los primeros 2 meses de vida parecen no haber sido satisfechas

adecuadamente, por lo que se considera que el rechazo por parte de su madre a hacerse cargo de ella la imposibilitó para lograr un equilibrio homeostático apropiado, teniendo dificultades para establecer un vínculo afectivo con ella.

Posteriormente, en una etapa simbiótica normal que de acuerdo a Mahler (1968) se ubica entre los 2 y los 5 meses de vida, se sugiere que Ana esta fusionada regresivamente sólo de forma parcial al primer objeto, teniendo un self que no está integrado de manera adecuada dificultándose el proceso posterior de desarrollo de individuación exigido correspondiente a la fase de separación-individualización.

Ana pudo haber logrado entrar a la primera subfase de la etapa de separación-individuación propuesta por Mahler (1974), adquiriendo procesos de maduración cognitiva y neurológica, logrando desarrollar la locomoción. Para esta autora durante todo el curso del proceso de separación-individuación, una de las más importantes tareas evolutivas del yo es el manejo de los impulsos agresivos frente a la consciencia cada vez mayor de la separación. El éxito de ello dependerá de la robustez del yo primitivo.

En el caso de Ana podemos pensar que su yo es frágil como resultado de su fragmentación y la continua hostilidad introyectada y proyectada, suponiendo que no logró superar de forma completa esta etapa, haciendo que su yo primitivo regresara a etapas anteriores en las que la separación-individuación resulta confusa quedando abrumada por la ansiedad recibida. Ana tendría entonces una perturbación en el desarrollo del yo, producto de la deficiencia de su habilidad para utilizar al objeto como algo distinto del self.

Ana utiliza la deslibidinización a modo de defensa, dada la profunda incapacidad de su yo fragmentado para encarar los cambios y la ansiedad que la etapa de separación-individuación conllevan, en consecuencia, Ana pudiera haber tenido una regresión patológica a la fase simbiótica normal en la que el objeto que satisface las necesidades es un objeto parcial, comportándose como si ella y su madre fueran una unidad dual.

Mahler (1974) menciona:

“Una detención o una regresión a la fase simbiótica normal dan origen a la conducta psicótica. Estos pacientes frecuentemente muestran inicios de diferenciación, comienzan el recorrido correspondiente a su fase de separación individualización. En el momento en que deben separarse de su madre por efecto de “presión maduracional”, irrumpe bruscamente en los niños aquejados de psicosis simbiótica a un cuadro de intensa angustia que pone en evidencia una vulnerabilidad sorprendente del yo ante cualquier frustración del menor”.

Esta dificultad de Ana para diferenciar entre el objeto y el sí-mismo se ve reflejada en las conductas autopunitivas que presenta en su sintomatología actual, considerando que busca agredir al objeto por medio de su propio cuerpo lo que impacta también en su capacidad para diferenciar lo interno de lo externo concluyendo que las alucinaciones visuales que Ana refiere pudieran ser una evidencia de esta inadecuada diferenciación.

Sobre la simbiosis vivida por Ana, Bleichmar (citado por Aberastury, 1986) menciona:

“O sea que la simbiosis patológica es el resultado de varios factores en juego: dificultad de la madre para elaborar la ansiedad de separación, dificultad del padre para incluirse, sin dejar obviamente del lado las dificultades que puede aportar un bebe. El peso relativo que pueda tener estos factores vivirá en cada caso particular y cuando se presenten simultáneamente en conjunción, estarán dadas las condiciones óptimas para el establecimiento de los cuadros más serios de simbiosis patológica”.

Sin duda, una de las características más evidentes en Ana es su poca diferenciación entre ella misma y el objeto, fusionada en una relación simbiótica si-misma-objeto. Para Kernberg (1976) la psique humana pasa de un estado de total indiferenciación a un estado mayor de diferenciación respecto a los objetos.

Este autor aborda los aspectos normal y patológico de este desarrollo los cuales estarían determinados por la profundidad y estabilidad de las relaciones internas con

otros, la tolerancia de la ambivalencia respecto de los objetos amados, la capacidad de tolerar la culpa y la separación y la capacidad de elaboración en las crisis depresivas, el grado de integración del concepto de sí-mismo y el grado de correspondencia entre los patrones de conducta.

Además de la incapacidad ya mencionada en Ana para establecer vínculos afectivos con otros objetos, tolerar la frustración y la ansiedad provocada por la separación e integrar las características buenas y malas de los objetos sin escindirlos, existe un grave déficit de diferenciación entre imágenes de sí mismo y de los objetos, cuya fusión regresiva se refleja en primitivas fantasías fusionadas y el desvanecimiento de los límites yoicos en el área de la diferenciación entre el si-mismo y el no si-mismo. Ésta fusión regresiva de imágenes de sí misma y de objetos en Ana puede ser el resultado de excesivas frustraciones reales experimentadas en sus primeros meses de vida, así también como de un consecuente desarrollo de la agresión proyectada e introyectada o una excesiva intensidad de origen constitucional de los impulsos agresivos.

Al igual que Klein (1946), para Kernberg (1976) los círculos viciosos generados por la proyección de la agresión y reintroyección de imágenes de si-mismo y de los objetos derivadas de la agresión proyectada son quizás el factor central del desarrollo de la psicosis y de la personalidad fronteriza.

Creemos que los sistemas de identificación, como proceso de internalización de las relaciones objetales de Ana han sido defectuosos, quedándose en un nivel básico de funcionamiento yoico, lo que impide un desarrollo posterior óptimo de la estancia yoica y superyoica, siendo la escisión su mecanismo de defensa primordial. Ana pudo haber quedado fijada en lo que Kernberg (1976) establece como periodo de las representaciones primarias indiferenciadas si-mismo-objeto, el cual da principio en el segundo mes de vida y termina entre el sexto y el octavo mes.

Para Ana las imágenes del sí-mismo y las del objeto no han logrado diferenciarse de manera estable porque las experiencias gratificantes con su madre en los primeros

meses de su vida fueron deficientes y las experiencias agresivas, de rechazo y violencia fueron reforzadas. Así mismo la exagerada activación de la representación mala sí-mismo-objeto en Ana, influida por la frustración o privación en distintos eventos en su vida, interfieren continuamente con su capacidad para diferenciarse del objeto.

Por lo tanto, para Kernberg (1967) la fijación patológica en esta etapa trae como consecuencia la pérdida de la definición de los límites yoicos, lo que desemboca en una psicosis simbiótica infantil, esquizofrenia y psicosis depresivas.

Desde otra perspectiva, Spitz (1965) rechaza toda hipótesis sobre la presencia de procesos intrapsíquicos en el niño desde el nacimiento considerando que no existe pensamiento en el momento de nacer, las funciones, las estructuras y hasta los impulsos instintivos se irán diferenciando progresivamente a través de la maduración y el desarrollo, aunque adjudica un papel decisivo en el desarrollo de la relación del niño con la madre. Las enfermedades psicóticas son síndromes resultantes de la deformación de la relación objetal durante el primer año de vida del niño. Es el comportamiento patológico de la madre el que deforma su relación con su hijo y actúa en forma de toxina psíquica, proporcionando al niño estímulos impropios. Esta conducta materna es siempre una forma de rechazo hacia el lactante.

El clima afectivo hostil y lleno de rechazo que ha sido revisado en la historia clínica experimentado por Ana, la poca afectividad y atención de su madre y las primeras experiencias agresivas de alimentación pueden proporcionar la base para el desarrollo de una patología grave así como de la perturbación del desarrollo y la constancia objetal. Los organizadores expuestos por este autor que están directamente relacionados con una comunicación madre-hija y con dicha constancia objetal también se ven afectados, por lo que el desarrollo posterior de Ana pudo haber resultado parcializado o incompleto.

Suponemos que la madre de Ana es dependiente, depresiva e incapaz de servir como yo auxiliar de su hija que le proporcione y la proteja de estímulos. Sus estímulos son

escasos y caóticos, su conducta oscila rápidamente entre el cariño y la hostilidad tendiendo a las exageraciones, cambios de humor repentinos y conducta imprevisible, imposibilitando que Ana establezca una relación objetal firme.

Cualquiera que fuera la actitud manifiesta de la madre biológica de Ana, Spitz (1965) explica que el bebé percibe el afecto subyacente, ya que su inconsciente está desde el principio en contacto directo con el de la madre, registrando el impacto de los sentimientos hostiles aunque estén sobrecompensados por una conducta solícita.

Posteriormente cuando Ana es abandonada por su madre biológica a la edad de 8 meses, pudo haber devenido lo que para Spitz resultaría como una “depresión anaclítica”.

Menciona Spitz (1946) al respecto:

“La depresión anaclítica, sobreviene de manera progresiva en el niño privado de su madre después de haber tenido con ella una relación perfectamente normal, por lo menos, durante los seis primeros meses de la vida”.

Así, Ana pudo haber ido perdiendo paulatinamente la capacidad de dar respuestas afectivas a excepción de las que corresponden a una extrema tristeza, volviéndose una niña retraída. Spitz (1946), describe algunas de las características de niños con depresión anaclítica, como; ojos inexpresivos, rostro rígido, mirada perdida en la lejanía, como si no vieran lo que aconteciera en su entorno y hubiera un encerramiento emocional. Algunas conductas observables no sólo en la actualidad, sino también en la temprana infancia de Ana como consecuencia de una posible depresión anaclítica son las dificultades en la alimentación, alteraciones del sueño, y retracción social, siendo para ella cada vez más difícil el contacto con otras personas.

Estas experiencias tempranas no explican por sí solas los síntomas psicóticos de Ana, pero desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de una grave patología como resultado de una constancia objetal perturbada.

Adicionalmente a lo ya expuesto, Pérez de Plá (1998) menciona que los niños perturbados psicóticos, autistas o retardados y muchos otros difíciles de clasificar, presentan lo que en términos amplios podríamos designar como “trastornos o alteraciones en la constitución subjetiva”. En estos niños todos los procesos suelen ser más lentos o sencillamente se detienen, por lo que surgen distorsiones o reacciones excesivas que evidencian lo que pasa casi desapercibido en la evolución increíblemente rápida que llamamos normalidad.

7.2 Conclusiones

La intención de realizar de este trabajo, ha sido describir la dinámica de las relaciones de objeto de una paciente psicótica en un caso particular, buscando hacer un aporte valioso en el campo de la investigación psicoanalítica con las conclusiones obtenidas.

Por medio del estudio de caso y la entrevista clínica a profundidad, así como la aplicación del Test de Relaciones Objetales fue posible analizar las relaciones de objeto de Ana lo cual era el objeto de estudio, completando la investigación satisfactoriamente.

Las experiencias vividas por Ana en la infancia fueron principalmente agresivas, introyectadas como hostiles por el mundo exterior, factor que parece ser detonante de su posterior sintomatología.

La pobre diferenciación que tiene entre ella misma y el objeto sugiere sus conductas autopunitivas, intentos de suicidio y dificultad en su alimentación, producto de atacar al objeto malo que no es diferente de su propio cuerpo.

Ana presentó conflictos evidentes dentro de marco de sus relaciones objetales, característica importante y común en los trastornos psicóticos y las patologías graves de la personalidad de acuerdo a los autores expuestos en el marco teórico revisado anteriormente. Se encontraron relaciones objetales parcializadas, escindidas y agresivas con poca diferenciación del objeto.

Las relaciones objetales son base de la estructuración psíquica y son también en primer contacto de un niño con el mundo externo e interno, y de acuerdo a su desarrollo, se irán formando características propias de su identidad, proporcionando o no los elementos adecuados para hacer frente a las demandas de la realidad.

La psicosis no se limita sólo a un modelo explicativo, pues existen distintas miradas que proponen diversos factores que lo desencadenan. De ahí que su tratamiento sea lo más integral posible y busque dirigirse tanto al paciente como a su entorno familiar.

Las múltiples investigaciones realizadas sobre psicosis, especialmente en esquizofrenia aún no han llegado a un consenso sobre las causas de esta enfermedad. Numerosas hipótesis intentan develar la naturaleza de sus procesos, sin un resultado certero.

Los recursos internos con que cuenta un individuo para hacer frente a las vicisitudes cotidianas están relacionadas con el desarrollo y la madurez de su mundo interno, el cual está cubierto de relaciones objetales.

La relación entre patologías graves está estrechamente vinculada con las primeras relaciones que un individuo tiene con su entorno y en la forma en que dichas relaciones se presentan en su vida.

La participación de la madre como principal sostén y vínculo afectivo del niño, un entorno adecuado para que la relación entre ellos se desarrolle y la oportuna satisfacción de necesidades fisiológicas y afectivas del niño por parte de su madre son influencia para una sana estructuración psíquica en la vida adulta.

Un desarrollo emocional entorpecido en los primeros años anida perturbaciones a futuro, por ello se debe incidir en forjar adecuados vínculos por medio de madres comprometidas para formar niños saludables y emocionalmente estables.

Un yo que se encuentra en gran medida no integrado es susceptible por ende de disociarse, así como de disociar sus emociones y sus objetos internos y externos, como defensa fundamental contra la ansiedad. Otras defensas utilizadas son la idealización, la negación, la proyección y el control omnipotente.

Las deficiencias en el crecimiento y maduración del yo, especialmente en las relaciones de objeto, la inadecuada diferenciación entre el yo, el objeto y el mundo externo, el desconocimiento del objeto total en contraposición del objeto parcial, la no integración de las partes buenas y malas tanto del self como de los objetos, la falta de introyección de buenos objetos como núcleos del yo, un inadecuado ambiente que facilite el desarrollo, la incompetencia materna, las fantasías prenatales de los padres, entre otros factores relacionados con la relación temprana madre-hijo constituyen la base de la predisposición psicótica que más adelante, con su contexto socio-familiar y el curso de sus experiencias vitales, darán lugar al inicio de esta enfermedad.

Es improbable que una causa psicológica produzca una enfermedad mental si no es apoyada por alguna predisposición específica. Por otra parte puede existir una predisposición marcada, pero la psicosis no estallará mientras se eviten conflictos serios y choques emocionales. Sin embargo, se puede afirmar casi con seguridad que la predisposición psicológica lleva a un conflicto y de esta manera, a una psicosis.

Si llegamos a comprender mediante la exploración del inconsciente, la fuerza y profundidad del primer apego a la madre y a su alimento así como la intensidad con la que este persiste en el inconsciente del adulto, podremos encontrar las causas, así como entender la dinámica de la estructuración futura del individuo.

Como experiencia durante el desarrollo de esta investigación se encontraron algunas dificultades que pudieron haber influido en su realización.

Principalmente la búsqueda y revisión de bibliografía especializada en el tema fue difícil y llevo más tiempo de lo planeado, pues como investigador se contaba con poca información que pudiera sustentar el caso expuesto.

La recabación de información de la historia clínica se vio retrasada por la ausencia de Ana y de su madre a las sesiones programadas, por lo tanto el tiempo que llevo integrar su historia clínica fue mucho mayor a lo esperado.

También se presentaron dificultades en la aplicación del Test de Relaciones Objetales ya que Ana no asistió a la última sesión programada para concluir la aplicación. Posteriormente como consecuencia de la dificultad para localizarla sólo se aplicaron 10 de las 13 láminas que comprende el test, por otra parte las historias que ya habían sido realizadas fueron extensas lo que permitió un análisis completo de sus relaciones objetales internalizadas.

La ausencia de síntomas y alteraciones evidentes propios de la psicosis dificultó en un inicio la certeza de su diagnóstico psiquiátrico y por lo tanto de su estructura psíquica por lo que sólo con el acercamiento progresivo y el análisis clínico del caso fue posible confirmar su condición psicótica.

Para finalizar, la experiencia profesional que se obtuvo en la realización de este trabajo fue muy satisfactoria permitiendo enriquecer los conocimientos y habilidades que habían sido adquiridos durante la formación profesional y la práctica, fortaleciendo así el continuo desarrollo como psicólogo e investigador clínico. También queda una gran satisfacción por promover la investigación con un enfoque clínico psicodinámico esperando poder contribuir con elementos que sirvan para futuras referencias de investigación dentro del marco de la Teoría de las Relaciones Objetales.

7.3 Sugerencias

Se sugiere principalmente al lector, como parte última de este trabajo de investigación, la trascendencia de cuidar los comienzos de la vida para optimizar el futuro desarrollo individual, creando condiciones ambientales adecuadas para el cuidado del neonato procurando satisfacer sus necesidades fisiológicas en el tiempo adecuado, estableciendo un vínculo afectivo genuino madre-hijo que genere en conjunto las condiciones propicias para una correcta integración objetal que posibilite también su integración psíquica.

De igual manera se busca resaltar la importancia del estudio del desarrollo psíquico temprano del sujeto, promoviendo la investigación futura de las relaciones objetales en el individuo así como su gran importancia etiológica en la psicosis.

Se considera la utilización de técnicas proyectivas y de apercepción temática como el TRO, ya que ofrecen un contenido manifiesto y latente, permitiendo una comprensión dinámica de los conflictos internos en el sujeto. También se considera el apoyo de técnicas psicológicas como la entrevista psicodinámica y la historia clínica del sujeto como elementos básicos para la vinculación teórica en el estudio de caso.

Se propone la investigación cualitativa por medio del estudio de caso como herramienta para estudiar un fenómeno particular a profundidad, dándole mayor importancia a las causas y condiciones en las que surge un fenómeno de estudio, y no tanto a la clasificación conceptual o a la incidencia de dicho fenómeno.

En el trabajo con pacientes que padecen patologías graves de la personalidad se sugiere al profesional tener una preparación técnica y práctica previa, aun cuando sólo sea con fines de investigación. Tanto en la entrevista como en la aplicación del TRO es recomendable establecer un buen rapport ya que algunas preguntas o reactivos pueden resultar amenazantes e incluso activar un síntoma en el sujeto.

Se sugiere también el estudio del impacto que tienen las relaciones objetales en otras patologías, no sólo en la psicosis, prestando mayor importancia a la entrevista a profundidad y a la historia clínica, explorando distintos puntos en la vida del sujeto que puedan servir como punto de referencia o comparación con otros casos.

Es importante considerar la realización de una investigación detallada, especialmente en los estudios de caso, de la historia familiar del sujeto, para tener un panorama más amplio que permita entender los factores y experiencias que pudieron haber influido en su estructuración psíquica.

Tener información previa tanto del fenómeno que se busca estudiar como del sujeto de estudio puede resultar útil en una investigación a profundidad la cual se busque desarrollar con una base cualitativa.

Se pretende promover el acercamiento de estudiantes, profesores e investigadores principalmente en el campo psicoanalítico, al estudio de la Teoría de Relaciones Objetales como parte fundamental de su formación profesional.

Por último es recomendable que Ana continúe con un proceso terapéutico así como con un tratamiento psiquiátrico donde se le suministre medicamento adecuado para poder sobrellevar su patología y hacer de ella una persona funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- *Aberastury A. (1986). El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. México. Paidós.*
- *Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Hormé.*
- *Aguilar J. D. (2003). Análisis de las relaciones objetales en una sentenciada por el delito de robo. Estudio de caso. Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex.*
- *Aguirre, G. (1989). Los test proyectivos. España: Laertes.*
- *Ajuriaguerra, J. (1996). Manual de psiquiatría infantil. Madrid: Elsevier.*
- *Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. México: Revista Anuales de Psiquiatría.*
- *Álvarez, .M., Esteban, R. Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis.*
- *Anderson, C., Hogarty, G. Y Reiss, D. (1988). Esquizofrenia y familia. Argentina: Amorrortu*
- *Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.*
- *Balint, M. (1967). La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Barcelona: Paidós.*
- *Ban, T. y Ucha U. (1995). Clasificación de las psicosis. Argentina: Salerno.*
- *Beck A. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. New York: Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews.*
- *Bellak L., Edwin L. (1987). Psicología Proyectiva, un enfoque clínico de la personalidad total. México: Paidós.*
- *Bellak, L. y Goldsmith, L.A. (1993). Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. México: Manual Moderno.*
- *Belloch, A. (1995) Manual de psicopatología. Vol 1. Madrid: McGraw-Hill.*
- *Bion, W. R. (1962a). A theory of thinking. International Journal of Psycho-Analysis:*

- *Bion, W. R. (1962b). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidós 2003*
- *Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. (2001) Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. Am J Psychiatry.*
- *Blatt, (1974) Sydney J. Levels of object representation in anaclitic and introjective depression". Psychoanalytic Study of the Child, 29.*
- *Bleger, J. (1985) Tema de Psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.*
- *Bleichmar, N. y Leiberman, C. (2010). El psicoanálisis después de Freud. México: Paidós.*
- *Bleichmar, E. (2005). Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós.*
- *Bleuler, E. (1960). Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Rio de Janeiro: Hórme.*
- *Braunstein, N. (1991) Psicología, Ideología y Ciencia. México: Siglo XXI.*
- *Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. British Journal of Psychiatry, 241-258.*
- *Cassari, A. (2010). Modelos en Psicopatología. 27. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric.*
- *Cepeda, C. (2002). La entrevista psiquiátrica en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.*
- *Coderch, J. (1990). Teoría y técnicas de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder.*
- *Coderch, J. (1991). Psiquiatría dinámica. Barcelona: Herder.*
- *Contreras, E. (1996). Psicofarmacología. Concepción: Universidad de Concepción.*
- *Coolcani, H. (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno.*
- *Delgado, C. (2000). Estudios sobre Psicosis y Retardo Mental. Vol.5. México: AMERPI Grupo Teseo.*
- *Díaz, I. (1994). Técnica de la Entrevista Psicodinámica. México: PaxMéxico.*
- *Dolto, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo, Madrid: Paidós.*

- *Dolto, F., Nasio J. D. (1992) El niño del espejo: trabajo psicoterapéutico. España: Gedisa.*
- *Delgado, J. y Gutierrez, J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid; Síntesis.*
- *Etchegoyen, R. Horacio, (1993). Fundamentos de la técnica psicoanalítica. Argentina: Amorrortu.*
- *Fairbairn, W.R.D. (1952). Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé.*
- *Ferenczi, S (1927-1933) Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo IV. Madrid: Espasa Calpe.*
- *Flink, B. (2007) Introducción al psicoanálisis Lacaniano. México: Gedisa*
- *Flores A. (2012) "Relaciones objetales en un caso de adicción". Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex*
- *Florez, J. (1992). Farmacología humana. Barcelona: Masson.*
- *Foerster, H. von (1991): Las semillas de la cibernética. Obras escogidas. Barcelona: Gedisa.*
- *Foucault, M. (1963). El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI.*
- *Freud, S. (1901-1905). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras, «Fragmento de análisis de un caso de histeria (Caso «Dora»), Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu.*
- *Freud, S. (1911c). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.*
- *Freud, S. (1914c). Introducción del narcisismo. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.*
- *Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. Vol. XIV. Buenos aires: Amorrortu.*
- *Freud, S. (1924b). Neurosis y psicosis. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.*
- *Freud, S. (1924e). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu*
- *Fromm-Reichmann, F. (1962). Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos, en Psicoterapia en las psicosis. Buenos Aires: Hormé.*

- Galli, V. (1982). *Una perspectiva de investigación psicoanalítica en psicosis. XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina.*
- Gálvez G. (2008). *Relaciones objetales en un sujeto recluido por el delito de homicidio calificado. Tesis de Licenciatura en Psicología: CUI.*
- Ginger, S. Ginger, A. (1993). *La Gestalt: una terapia de contacto. México: Manual Moderno.*
- Gomberoff, L. (1985). *Conferencias: la teoría psicoanalítica y la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría.*
- Gomberoff, L. (1999). *Otto Kernberg. Introducción a su obra. Santiago: Mediterráneo.*
- Gutiérrez A. (2001). *Análisis de las relaciones de objeto en un grupo de creadores plásticos. Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex.*
- Gutiérrez L. (1999). *Caracterización de las relaciones objetales de ocho mujeres con trastorno límite de la personalidad. Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex.*
- Hinshelwood, R.D. (1989). *Diccionario de Teoría Kleiniana. Buenos Aires: Amorrortu.*
- Jung, C. G. (1914). *El contenido de las psicosis. España: Paidós.*
- Kaplan, H y Sadolk, B. (1995). *Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires: Intermédica.*
- Kasanin J. (1933). *The Acute Schizoaffective Psychoses. Pág. 97-12. 6Am J Psychiatry.*
- Kazdin, A.E. (1980). *Research design in clinical psychology. New York: Harper and Row.*
- Kernberg O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós*
- Kernberg, O. (1976): *La teoría de las relaciones de objeto y el psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Paidós, 1979.*
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. México: Manual Moderno.*
- Klein, M. (1993). *Obras Completas de Melanie Klein. Tomo I, II y III. Barcelona: Paidós.*

- Kohut, H. (1971): *El análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kraepelin E. (2010). *La Demencia Precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- Kraines, S. (1966). *Mental Depressions and Their Treatment*. New York: Harper and Row.
- Lacan, J. (1936) "De la psicosis paranoica en su relación con la personalidad" México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955-1956). *Seminario III, Las psicosis*. Argentina: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Latner, J. (1973). *El libro de la terapia Gestalt*. Santiago: Cuatro vientos.
- Laznik-Penot, M. (1997). *Hacia el habla: tres niños autistas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Versión.
- Lemos, S. (1995). *Psicopatología*. Madrid: Síntesis
- Leudox, M. H. (1987). *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Levobici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de cultura económica.
- Lowen, A. (1995) *El narcisismo: la enfermedad de nuestro tiempo*. Ibérica: Paidós ibérica.
- Mahler, M. (1949). *Clinical Studies in Benign and Malignant Cases of Childhood Pychosis* Pág. 295-305. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Mahler, M. (1952). *Autistic and Symbiotic Infantile. On child psychosis and schizophrenia*. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Mahler M. (1968): *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. Mexico: Enlace.
- Mahler M. (1974). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. México: Enlace.
- Maleval, J. (1996). *Locuras histerias y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós

- *Mandujano I. (1991). Análisis crítico de las tesis realizadas en el área clínica sobre esquizofrenia de la facultad de psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura. UNAM.*
- *Martínez G y Rivas M. (2003). Análisis de las relaciones objetales en sujetos de la moda. Tesis de licenciatura en psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex.*
- *Martínez M. (2006). Relaciones objetales en adictos al cannabis. Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex*
- *McDougall, J. (1982). Alegato por cierta anormalidad. España: Petrel*
- *Modell, A.H. (1986). Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia. Essential papers on object relations New York University Press.*
- *Nahoum, C. (1990). La entrevista psicológica. México: KAPELISZ.*
- *Nasio, J. (2013). Los más famosos casos de psicosis. Buenos Aires: Paidós.*
- *Obiols J. y Carulla M. (1998). Bases biológicas de la esquizofrenia: aspectos neuroquímicos y neuroanatómicos Vol. 6, Nº 1. Universidad Autónoma de Barcelona Psicología Conductual.*
- *Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.*
- *Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- *Pérez de Plá. E. (1998). Vínculo materno: sus repercusiones en la estructuración del pensamiento en el retardo mental. Revista Estudios sobre psicosis y retardo mental. Una década en las Psicosis y el retardo mental Volumen. 3. México: AMERPI.*
- *Phillipson. (1993). Test de relaciones objetales. Buenos Aires: Paidós.*
- *Ramírez N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. Perú: Universidad Nacional Mayor de San marcos.*
- *Rodríguez, G. G., Gil, F. J. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.*
- *Rossi, L. (1991-1993). Dinámica de la entrevista psicoanalítica. Historias clínicas. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, A.C. En GRADIVA.*

- Rossi, L. (2010). *Entrevista Historia clínica Patología frecuente: Editores de textos Mexicanos.*
- Roudinesco, E. y Plon, M. (2003). *Diccionario de psicoanálisis. Paidós: Buenos Aires.*
- Sálama, H. y Villarreal, R. (1998). *El enfoque Gestalt: una psicoterapia humanista. México: Manual Moderno.*
- Scharff, D.E. y Scharff, J.S. (1987). *Object relations Family Therapy. U.S.A.: Jason Arason.*
- Segal, H. (1999). *Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.*
- Segura J. (2008). *Análisis de las relaciones objetales en un niño psicótico. Tesis de Licenciatura en Psicología: Fa.Ci.Co. U.A.E.Mex.*
- Serrallonga, J. y Rojo, J.E. (2003). *Esquizofrenia. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.*
- Spitz, R.A. (1946). *Hospitalismo; un informe de continuación sobre investigación descrita en volumen I. El Estudio Psicoanalítico del niño, Pág. 113-117. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional.*
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.*
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con Estudio de Casos. Madrid: Morota.*
- Stepansky, P. E. (1988). *The Memoirs of Margaret S. Mahler. New York: The Free Press.*
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós.*
- Tustin, F. (1972). *Autismo y Psicosis infantiles. España: Paidós.*
- Tustin, F. (1897). *Estados autísticos en los niños. Buenos Aires: Paidós.*
- Tyson, P. (2000). *Teoría psicoanalítica del desarrollo: Una integración. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.*
- Vallina O., y Lemos S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia, Vol. 13, nº 3, pp. 345-364. México: Psicothema*
- Veccia. T. (2007). *El estudio de las narraciones en las técnicas proyectivas verbales: Comparación entre el Test de Apercepción Temática (TAT) y el Test de*

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/tat_tro.pdf.

- Velasco, F. (1996) *Manual de Técnica Psicoanalítica*. México: Planeta.
- Velázquez J. (2010). *Relaciones objetales en un niño agresivo*. Tesis de Licenciatura en Psicología: CUI.
- Villard, R. (1986). *Psicosis y autismo del niño*. Barcelona-México: Masson
- Waelhens, A. (1985). *La psicosis: ensayos de interpretación analítica y existencial*. Madrid: Morata.
- Winnicott, D. (1957). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa
- Winnicott, D. (1975). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. España: Laia.
- Winnicott, D. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós
- Woodruff, R., Goodwin, D., Guze, S. (1978). *El diagnóstico en psiquiatría*. México: Manual Moderno.
- Wynne LC, Ryckoff LM, Day J & Hirsch (1958): *Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics*. New York: Guilford Press
- Yin, R. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. New York: Sage, Newbury Park, CA.
- Yonteff, G. (1997). *Proceso diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago: Cuatro vientos
- Zubin, J., Steinhauer, S. y Condray R. (1992). *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. *The British Journal of Psychiatry*

ANEXOS

HISTORIAS DEL T.R.O.

A1 (1) COMO ECHARTE Y ECHARLE A PERDER LA VIDA A TUS HIJOS

Esta es la historia de un hombre que vive con sus fantasmas, con fantasmas que él mismo creó en el pasado, aparentemente lo tenía todo un buen trabajo como médico en un hospital respetable con un sueldo atractivamente bueno para muchas mujeres, había estado casado 2 veces y todos sus matrimonios menos el último habían fracasado, de esos matrimonios y una aventura tuvo 5 hijos que lo amaban e idolatraban como cualquier hijo lo hace con su padre; tenía sobre todo experiencia con las mujeres quizás ese fue su mayor vicio en la vida, pero con todo ese éxito poco a poco se convirtió en un hombre de corazón duro, arrogante y prepotente que solo veía por él y nada más por él no le importaba si lastimaba a otros, su narcisismo era peligrosamente grande, muchos lo criticaban porque decían que se creía mucho pero el siempre respondía –No me creo mucho, es que Yo soy mucho, y claro había que admitir que ésta era una muy buena respuesta pero demasiado egocéntrica, lo malo es que se encerró tanto en sí mismo que no se dio cuenta de lo que pasaba a su alrededor, nunca se dio cuenta de que sus hijos habían crecido frente a sus propios ojos con muchísimos lujos y comodidades pero con el alma vacía, crecían sin un rumbo así que como era de esperarse no todos tuvieron el éxito que él esperaba que tuvieran, su primogénito no termino más que la secundaria, tenía ya 2 hijos desde los 20 años de edad, actualmente el chico tiene 22 años y a lo único que aspiraba era a trabajos de conserjería o así es como él lo veía, su segunda hija tuvo una infancia difícil ya que no creció con él de echo ni lo conocía pero en cuanto lo conoció vio en verdad quien era su padre y vio que no tenía sentido estar con un papa así, bastante difícil había sido su vida como para complicársela más con un sujeto que sólo la estaba echando a perder ya que ésta se convertía cada vez más en lo que él quería, le quito la humildad, la sencillez, alimento cada vez más su narcisismo solo que ella se dio cuenta de que no estaba bien ser así porque sabía que tarde o temprano se quedaría sola y así fue cuando más necesito de alguien ya no había nadie porque alejo a todos los que la amaban, incluso su mismo padre la abandono y fue ahí cuando abrió los ojos y se dio

cuenta de que estaba mal y tenía que cambiar así que lo abandono así como el la abandono primero a ella y ahora es feliz formando su propia familia a los 21 años, su tercer hija ella era como la niña de sus ojos la amaba pero se amaba más a él y también la termino alejando, esta tercer hija lo que buscaba era amor, comprensión, buscaba a alguien que la escuchara y en su busca por encontrar a esa persona que la hiciera sentir así quedó embarazada a sus 17 años y aún no terminaba ni el bachillerato, esta chica era inteligente y en un momento de soledad echo todo a la borda, su cuarta hija tenía solo 14 años y ya había intentado suicidarse 2 veces, tenía las manos y muñecas cortadas por que se sentía muerta en vida, sentía que nadie la quería que no merecía estar aquí, no sentía que perteneciera a ningún lado, y la ultima su última y 5 hija era una niña pequeña pero extremadamente inteligente solo que a esta pequeñita en la presionaba bastante para que en un futuro fuera medico igual que él y estaba muy equivocado por que la pequeña realmente no quería eso, ni siquiera le gustaba pero era tal la presión que la niña tenía que empezó a enfermarse seguido por reacciones psicósomáticas, y con el tiempo esta pequeña termino por alejarse de papa también; pero para este hombre no pasaba nada a pesar de que la vida de sus hijos estuviera en la ruina mientras la del siguiera en el éxito, lo único que le preocupo fue el que dirán, así que por lo mismo no dejo que su hijo se casara ni agarrara ningún compromiso con la madre de sus hijos, sino todo lo contrario lo consentía tanto que lo echo a perder y cuando se dio cuenta ya era tarde para el muchacho, la tercer hija que había salido embarazada a los 17 la hizo abortar y con esto le echo a perder toda la vida pensando que le hacía un bien pero la realidad era que el bien se lo hacía así mismo nunca pensó en los sentimientos de su hija y a la cuarta, a ella le termino diciendo haz lo que quieras solo usa ropa de manga larga para que todo se tape bien y no se vean las heridas sin repetirle siempre que eso era cosa de cobardes.

A miles de mujeres les rompió el corazón, cometió un sinfín de atrocidades pero claro existe algo llamado karma y así fue perdiendo lo que más amaba su hijo se hizo irresponsable llegaba tomado a altas horas de la noche, y una noche de fiesta ocurrió lo peor y el muchacho jamás volvió de pie a casa, su tercer hija sintió tanto dolor en su alma que termino odiando de por vida a su padre y escapo de casa, su padre nunca

volvió a saber nada de ella por más que la busco, se dice que tiene una vida feliz con su ahora pareja pero que no ha podido olvidar el rencor tan grande que guardo a su padre, la cuarta pequeña termino en un psiquiátrico de por vida con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide que de haber sido atendida a tiempo se pudo haber corregido un poco pero claro esta niña jamás tuvo la atención de su padre para que se diera cuenta de lo que ocurría, lo único que le quedaba a este hombre era su hija la más pequeña que cada vez se hacía más arrogante y déspota, también le quedaban los falsos y ambiciosos amores que solo estaban con él por su dinero, solo le sacaban billete, cosas y después de lograr se iban y volvían ya se les agotaba.

Al crecer la pequeña tuvo éxito se recibió como médico pero con un corazón igual de duro y narcisista solo se importaba ella misma así que como era obvio esta pequeña al crecer hizo su propia vida y ni siquiera le importaba su padre nunca lo visitaba porque tenía cosas más importantes que hacer como ir de fiesta, salir con novios, ir al salón de belleza, etc. Demasiadas ocupaciones como para ir a ver a un viejo o así es como ella lo veía, lamentablemente ella cometía los mismos errores que su padre había cometido en el pasado.

Un día este viejo y cansado hombre se sentó en medio de su sala y se dio cuenta de la realidad, había quedado completamente solo y se dio cuenta de que había fracasado en la vida no como un hombre socialmente exitoso si no como un mediocre y pobre ser humano, al darse cuenta de sus errores, del daño que había hecho y del fracaso tan grande que tubo tomo la salida de los cobardes como él lo decía y decidió quitarse la vida, era tal su narcisismo que no permitió que le vieran derrotado en la vida así que prefirió morir, pensando que todo su martirio hay terminaría, con lo que no conto fue con el juicio que le venía después de la muerte.

Su condena fue severa se le encadeno a ver una y otra vez todos los errores de toda su vida, el dolor que le había causado a sus hijos así como también se le hacía ver lo felices que estaban todos ya sin su presencia...

A2 (2) Emmanuel y Shacell, el primer amor

Detrás de este hombre (Emmanuel) y esta mujer (Shacell) existe una gran historia.

Se conocieron en la escuela, Shacell no toleraba a Emmanuel por que se le hacía un chico extremadamente arrogante, narcisista, mujeriego e irresponsable además de infantil prácticamente tenía el peor concepto de él, mientras que Emmanuel pensaba que Shacell era una chica de lo más clavada con el rollo escolar, pensaba que ella era muy antisocial, lo curioso es que ni siquiera se habían tratado.

Un día comenzaron las aperturas para inscribirse en los diferentes talleres que la escuela le brindaba a los alumnos, como eran danza folclórica, canto y música instrumental, estos no tenían ningún costo, los ensayos eran sabatinos o entre semana (solo cuando iba a realizarse alguna presentación) además de que los que estuvieran inscritos tendrían beneficios como podrían ser decimos o puntos extras en la calificación final de cada materia, reconocimientos, intercambios culturales, etc.; Shacell era la más emocionada al ver que las inscripciones de dichos talleres habían comenzado no por los beneficios que obtuviera en sus materias si no porque era una chica soñadora que amaba todo lo artístico además de que era muy creativa y talentosa, así que fue de las primeras en inscribirse, comenzó con la danza.

Toda la semana estuvo muy ansiosa por que el sábado llegara para tener su primer ensayo; con lo que nunca conto fue con que el chico al que detestaba tanto también se hubiera inscrito en este y tal era el desagrado que le tenía a aquel chico de aspecto raro y pelirrojo que pensó incluso en salirse del taller mientras él estuviera ahí pero para la buena suerte de Shacell y la mala suerte de ese chico en el primer paso que dio para incorporarse fue a dar directito al piso y vaya caída que tuvo, obviamente no tardaron todos en reírse de él y mucho menos Shacell, ella pensó que esa caída Emmanuel la tenía bien merecida; al terminar el ensayo todos se quedaron para convivir y conocerse un poco más; así con el tiempo estos dos chicos que eran completamente opuestos se veían cada vez más, las charlas comenzaron, conforme más se trataban se dieron cuenta de que en realidad no eran tan distintos ya que tenían ciertas cosas en común y como era de esperarse inicio una gran amistad entre ellos, ella le daba consejos para

que saliera con otras chicas, mientras él le daba su sincera amistad y le enseñaba a conocer más el mundo.

UN MES DESPUES DE TRATARSE:

El invito a Shacell a un muy esperado concierto musical que abría en donde tocarían sus bandas favoritas, desde luego que ella acepto, estaba muy emocionada por ir ya que ese sería su primer concierto solo que eso lo mantuvo en secreto por que le dio pena de que Emmanuel supiera que ella jamás en su vida había asistido a uno, o bueno si ya había ido a uno cuando era niña pero fue de Barney, y era evidente que eso no se lo diría, lo curioso fue que a ella ya le importaba lo que el pensara acerca de su persona, su comportamiento con el comenzó a cambiar solo que ella no se había dado cuenta de eso hasta que en el concierto ella comenzó a sentir celos porque él se la pasaba más con sus amigas y ella inconscientemente solo quería que él le diera su completa atención, al finalizar el concierto la llevo a la parada del bus solo que paso algo con lo que ella no contaba ya que al verse frente a frente Shacell se perdió por completo en la mirada de Emmanuel y se percató de que sus ojos tenían un hermoso color, color que la cautivo, en ese momento tan fugaz ella vio en el algo que nadie más había visto, algo que el ocultaba profundamente para que nadie pudiera lastimarlo, ella vio a un chico noble, sensible, tierno, amoroso, entregado Shacell vio todo lo contrario a lo que el aparentaba ser y fue en ese momento cuando ella cayo profundamente enamorada de él solo que se resistió a ese sentimiento, ellos eran muy buenos amigos así que pensó que no podía arruinar esa amistad mezclando sentimientos que probablemente desaparecerían con el tiempo, pero no fue así, ella cada vez se enamoraba más y más de él, hasta que un día paso lo inesperado, él se sentó para hablar con ella porque necesitaba un consejo ya que él estaba muy confundido, no sabía con qué chica salir Emmanuel tenía en mente a 3 chavas; hablaron profundamente de dos pero a esa tercera no la mencionaron en toda la charla hasta que la curiosidad la asecho y le pregunto con gran insistencia quien era esa tercer chica, solo que la respuesta la dejo sin aliento porque nunca imagino que esa chica era ella. Acecho

15 DIAS DESPUES DEL CONCIERTO:

Shacell y Emmanuel comenzaron una historia distinta esta vez, su historia cambio de contexto por que dejaron de ser amigos para convertirse en novios, solo que la más enamorada en esta relación era ella aparentemente por que el la lastimo miles de veces, le ponía el cuerno en su cara, jugaba solo con ella no la tomaba enserio, el solo le hablaba cada vez que quería, siempre era lo mismo terminaban con su relación, lo intentaban de nuevo una y otra vez hasta que ella se cansó y decidió terminar con eso definitivamente, esto a ella le costó mucho trabajo ya que tenían que verse todos los sábados; a Shacell se le partía el alma cada vez que lo veía con otras chicas en esos sábados tan especiales que eran de ellos, esos en los que ellos salían después de cada ensayo, en los que el dedicaba todo el día a ella y la hacía sentir la chica más amada del mundo, pero esto a la vez le dio fuerzas para salir adelante y poder congelar ese sentimiento de amor que ella le tenía a él.

MESES DESPUES DE SU ROMPIMIENTO DEFINITIVO:

Shacell con el tiempo pudo sanar todas las heridas que Emmanuel le había hecho con su falta de entrega, no logro acabar con el sentimiento de amor que tenía pero logro congelarlo, salió con más chicos, nada serio o eso era hasta que conoció a Héctor un chavo de nuevo ingreso que llevo a su salón de clases, un chico simpático y muy gracioso que poco a poco fue cautivando a Shacell, este con el tiempo gano su confianza e iniciaron una relación, ella vio todo distinto ya que Héctor la trataba de una forma diferente y la llenaba de atenciones, pero claro eso solo fue al inicio porque con el tiempo Héctor cambio se volvió frio, distante ella no comprendía porque hasta que descubrió que Héctor también le ponía el cuerno y sin pensarlo termino con esa relación.

2 MESES DESPUES DE TERMINAR CON HECTOR:

La mayoría de los seres humanos cometen errores por naturaleza pero los hombres se exceden de naturales (pensaba Shacell), cometen tonterías, no saben valorar a una buena mujer cuando la tienen, lo echan todo a perder hasta que acaban con todo y se

dan cuenta de que esa mujer ya no está más con ellos, no sé por qué se empeñan en acabar con las buenas relaciones en fin es algo que nunca tendrá explicación concreta.

XV AÑOS DE CAMILA, SUCESO INESPERADO:

Enero había llegado y con esto los nervios por los xv años de Camila la mejor amiga-hermana de Shacell, ellas eran como uña y mugre nunca se separaban sus familias ya se conocían, salían juntas de vacaciones, hacían pijama das, se contaban absolutamente todo de sus vida y obviamente Camila sabia la historia entre Shacell y

Emmanuel, lo curioso era que Camila era una amiga que ambos compartían así que era de esperar la presencia de Emmanuel en la fiesta y esto Shacell lo sabía muy bien.

El día de la fiesta Shacell despertó con un raro sentimiento, lo primero que se le vino a la mente al abrir los ojos fue el rostro de Emmanuel y todos los bellos momentos que habían pasado juntos, dibujándose una mueca de felicidad en su rostro; Shacell se levantó de su cama con un buen presentimiento.

Las horas pasaron y como la puntualidad no era precisamente una de las virtudes de Shacell su familia se tuvo que adelantar a misa en lo que ella se arreglaba, estaba muy nerviosa y era lógico porque después de 4 años de no usar ningún vestido de ningún tipo después de que su madre le genero un gran trauma vistiéndola en todo momento con faldas debajo de las rodillas y vestidos de niña cuando ya no era tan niña era lógico que en cuanto tuvo oportunidad de elegir ella misma su ropa dejara de usar vestidos y faldas en su totalidad incluso tenía una campaña anti boberías como ella le llamaba a ese tipo de prendas, lo que nunca imagino es el poder que un par de tacones y un lindo vestido tendrían sobre los chicos, pero, ¿por qué usar un vestido?, ¿Por qué arreglarse tanto?, ¿Por qué ir en contra de su estilo de jeans?, y lo más importante que se preguntaba ¿Por qué estar tan nerviosa?, quizás de las primeras preguntas la respuesta fue porque era una de las madrinas de Camila y tenía que ir presentable a la fiesta de su amiguísima, pero realmente lo más curioso era que entre más pensaba en Emmanuel más se arreglaba, hasta que por fin paso su padre por ella para ir a misa, en

el transcurso del camino iba más que nerviosa, y solo pensaba en por que se arreglaría tanto, y en que dirijan todos sus demás amigos al verla con vestido, tacones y peinada ya que ni ella misma se reconoció al verse en el espejo cuando había terminado de arreglarse, en fin ya en la iglesia lo primero que hizo fue buscar con la mirada a Emmanuel pero por suerte para ella no lo encontró, pero lo inevitable llegó, el encuentro con sus amigos, desde que la vieron de lejos todos hicieron una cara de asombro, otros se tallaban constantemente los ojos y le hacían muecas de sorpresa, al salir de misa comenzaron las fotos del recuerdo y de ahí directito al salón de fiestas.

LA LLEGADA DE EMMANUEL:

Como era de esperarse pocas horas después llegó Emmanuel al salón y claro la primera en verlo fue Shacell. De volada fue corriendo a contarle a Camila, los nervios la invadieron por completo y por poco cae en medio del salón enfrente de todos los invitados pero no le importo el resbalón que tuvo así que al llegar con Camila comenzó a tartamudear y fue en ese momento cuando su amiga supuso que un chico el cual su nombre empezaba con E había llegado. Después de todo el ataque de nervios por el que paso Shacell su lado narcisista no se hizo esperar y paso justo enfrente de Emmanuel para ir a la entrada como si esperara a alguien pero la realidad era que solo quería que el la viera y se diera cuenta de la bellísima mujer que había dejado ir y que según ella ya no volvería a sus brazos aunque por dentro se moría de ganas por que así fuera. En el transcurso de la fiesta Emmanuel todo el tiempo se le quedaba viendo a Shacell y claro ella se dio cuenta, hasta que un buen momento Emmanuel agarró fuerzas para invitarla a bailar y claro que ella enseguida acepto.

FIN DE LA FIESTA, INTERCAMBIO DE PAPELES:

Cuando finalizo la fiesta solo quedaban en el salón Shacell, Emmanuel, Camila y otros 2 amigos que ayudaban a levantar mesas, sillas y todo lo que quedaba. En el transcurso de la noche Shacell y Emmanuel volvieron a crear entre ellos esa conexión que habían perdido meses atrás así que aprovechaban cualquier momento que tenían solos para echarse muecas y coquetearse.

Emmanuel sorprendió a Shacell poniéndole la canción que se suponía era de ellos, al no aguantar la emoción ella salió del salón y comenzó a mirar las estrellas pensando miles de cosas sin darse cuenta de que Emmanuel hacía lo mismo junto a ella y de repente se escuchó una voz nerviosa e insegura que decía y si ¿lo intentamos?, fue en ese momento cuando ella bajo la mirada del cielo y le dijo ¿Qué?, ¿tú y yo? Emmanuel le repitió si tú y yo y si ¿lo intentamos de nuevo?, ¿crees que funcione?, (esto lo decían mirando al cielo), ella no supo que decir en ese momento, su corazón decía -dile que si- pero a ella le dio miedo salir nuevamente herida y solo dijo -no se- y se metió corriendo nuevamente al salón; desde luego que esto desanimó a Emmanuel porque esta vez ella era quien tenía el poder para decidir si iniciaban de nuevo la relación o si todo terminaba en ese momento, por alguna razón él supuso que todo había terminado ya y que él había perdido a una gran mujer, fueron 30 minutos que se le hicieron eternos a Emmanuel hasta que de nuevo se encontraron los dos bajo las estrellas y comenzaron a verlas de nuevo, solo que esta vez Shacell bajo la mirada para ver a Emmanuel en lo que él veía el cielo y le dijo traduce esto dándole un gran beso en los labios, dándole con esto la respuesta esperada.

DESPUES DE LA FIESTA:

Esta vez todo era diferente Shacell y Emmanuel comenzaron una bellísima relación que duró increíblemente casi 6 años, 3 de novios y 2 ½ como pareja, experimentaron muchas cosas juntos, cosas que fueron realmente bellísimas, su amor crecía más y más tuvieron su primera vez juntos, se conocieron en la intimidad y de ese bello amor se engendró un hijo que desafortunadamente no se logró pero eso fortaleció aún más su amor.

Así como tuvieron cosas maravillosas también tuvieron cosas muy fuertes que juntos lograban superar pero desafortunadamente no todo dura para siempre o al menos el amor de esa magnitud en esa poca madurez, por que aparecen las ganas de conocer al mundo, aparecen más chicas y chicos, aparecen las fiestas con esto las infidelidades y el amor pasa a segundo plano

¿QUE SUCEDIÓ CON ELLOS?:

Con el tiempo ellos se fueron perdiendo junto con su amor cada vez sus vidas se separaban más hasta que se convirtieron en extraños que solo dormían juntos, hubo mucho acontecimientos en sus vidas y su relación termino mal, se dejaron de hablar cerca de un año, hasta que se volvieron a encontrar y cuando fue el reencuentro las llamas del amor que se tenían se incendiaron como la primera vez que se dijeron TE AMO pero ya nada volvió a ser igual ya cada quien había cambiado tenían vidas distintas y no se hallaron solo quedo todo como un lindo recuerdo, esto Shacell lo comprendió cuando escucho de su padre la frase EN UNA RELACION EN LA QUE HUBO AMOR INCONDICIONAL Y PASION DESENFRENADA DESPUES DE UN TIEMPO YA NO TE ENAMORA LA PERSONA COMO TAL, LO QUE EN VERDAD TE SIGUE ENAMORANDO ES EL RECUERDO DE ESA PERSONA y así es como muchas veces nos equivocamos pensando que seguimos amando a esa persona cuando en realidad lo único que amamos es el recuerdo de lo vivido. Ella al comprender esto decidió desistir y dejar esa relación por el bien de ambos ya que esa relación nuevamente se volvía destructiva y autodestructiva cosa que no era muy sana para ninguno, ellos sufrieron muchísimo pero el tiempo fue sanando todo.

AÑOS DESPUES DE SU ÚLTIMO REENCUENTRO:

Así pasaron los años nuevamente, hasta que por obra del destino se reencontraron de nuevo, solo que esta vez se vieron de lejos tal parece que el destino quería unirlos a como dé lugar o eso es lo que Shacell hubiera pensado si siguiera aferrada a ese amor pero ella lo vio feliz con otra chica, quizás era su novia, solo que eso ya no le importo del todo a Shacell porque ella por fin encontró la felicidad al lado de un muy buen hombre, que la amaba, la respetaba y la protegía con el cual estaba esperando a una muy hermosa bebe ya que cuando Emmanuel y Shacell se vieron por última vez ella estaba embarazada del hombre que había llegado a darle nuevamente luz a su vida haciéndola olvidar a un amor que la había lastimado tanto pero que había quedado en su corazón solo como un muy bello recuerdo.

Después de eso cada quien hizo su vida y jamás se volvieron a ver o eso es lo que ellos piensan...

C3 (3) LA VIDA DE UN ESQUIZOFRENICO

Carlos era un niño aparentemente normal, y aunque él no lo supiera, sufría de un síndrome esquizofrénico, todo el mundo sabía que él era esquizofrénico.

Cuando aparentemente estaba estable se le preguntaban cosas como de por qué se comportaba así, cuál era la razón por la cual gritaba tan de repente de una forma tan desesperada a lo que él respondía que alguien le decía que se comportara así, que si no se enojaba, según Carlos ese alguien era un payaso que tenía ojos de mosca, con cuerpo de lobo y nariz de cochino pero que si no hacía lo que él decía, el payaso gritaba tan fuerte que hacía que la cabeza de Carlos explotara.

Se decía que varios doctores lo visitaban a su casa diario para conocer más de su psicotrastorno, y a Carlos, estos doctores le daban miedo.

Carlos también era un asesino, que según él, esto lo aprendió viendo programas de televisión. Su primer "mancha" por así decirlo, fue a los 5 años, cuando metió a su hámster a la licuadora de su madre, solo que antes de meterlo le arranco los dientes y los usaba como aretes. Cuando su madre encontró la cocina llena de sangre y pedazos del animal, y a Carlos, con los dientes colgando de sus oídos, supo que tenía un problema.

Su segundo crimen fue a los 9 años, había una niña que a él le gustaba, y cuando esta lo rechazo, su "mejor amigo el payaso" le ordeno que la asesinara con aquel bisturí que su padre tenía en el botiquín médico.

Carlos mantuvo una relación de amor en secreto con el cadáver de la niña que él bautizo como; Azul, porque de ese color se puso la cara del cadáver. Tiempo después

cayó la gota que derramó el vaso, y a los 13 años Carlos hizo lo que su mejor amigo dijo que tenía que hacer.

Mato a sus padres cortándoles todos sus miembros con unas tijeras de podar que pertenecían a su madre, Carlos metió sus cuerpos sangrantes mutilados al refrigerador en bolsas de basura. Tiempo después los policías se dieron cuenta de eso, y mandaron a un grupo de médicos del manicomio de la ciudad; el equipo de guardias del manicomio solo sobrevivieron tres, pues cuando entraron a la casa de Carlos este estaba escondido en el baño, así que Carlos tuvo que decidir entre quedarse en la oscuridad que también le aterraba o salir de esta a enfrentar a los socorristas.

Cuando Carlos estuvo en el psiquiátrico esto funcionó durante un tiempo, ya que mucho tiempo se comportó como un niño común, y salió del hospital en donde estaba internado pero todo cambió cuando el mejor amigo de Carlos “el payaso” despertó y le dijo que hiciera algo, algo muy malo...

Y así lo hizo con tal de que su amigo no se enojara y comenzara a gritar en su cabeza, Carlos asesinó a todos los niños de su aula de clases, abriendo sus cuerpos con un cuchillo.

Después de esto Carlos fue encarcelado de por vida en el mismo manicomio nuevamente, a Carlos le pusieron una camisa de fuerza y lo metieron en una habitación acolchonada.

B3 (4) CARINA Y KARIM

Carina es una chica que se enamoró de Karim un joven ciego y sordo-mudo quien desarrolla una habilidad para pintar; a pesar de las aparentes dificultades que este chico presentaba, tuvo obras muy importantes y exitosas a nivel internacional por lo mismo es que este chico era bastante reconocido.

Un día en la ciudad de Carina hubo una exposición de este importante artista y ella al enterarse de eso fue a verlo, una hora antes de que comenzara la exposición hubo una conferencia de prensa en la cual se armó mucho revuelo pero a Carina se le ocurrió la brillante idea de saltar al escenario, pero un guarda espaldas la tiro del escenario y está al caer se abrió al golpearse con una silla dejándole una profunda cicatriz en la mejilla, pero con lo que nunca conto Carina fue con que caería justamente en los pies del tan aclamado pintor, que desde luego inmediatamente intento levantar a Carina del suelo dándole una gran y deslumbrante sonrisa, luego de unos puntos el padre de Carina le dijo -te lo advertí, ya que esta le había contado sus planes días antes.

Así pasaron los años y desde luego Carina continuó con su vida. Se casó con un médico que conoció en Florida y cada que veía la cicatriz en su mejilla cuando se ponía frente al espejo siempre le recordaba la sonrisa deslumbrante de Karim.

AG (5).- ¿INFIERNO?

Algunas veces sueño con el infierno, es un lugar lleno de demonios horribles con ojos enormes y rojos, que si los miran pueden matarte, tiene dientes afilados y sonrisas malvadas, pueden obligarte a hacer cosas que no quieres y a ver cosas que no existen, ahí puedes ver tus más profundos miedos hechos realidad. También hace mucho frio y no es caliente como otros creen, está lleno de hielo y oscuridad, se puede ver gente que esta sufriendo constantemente, por lo que hicieron mal en sus vidas, estando condenados a sufrir por la eternidad, hay sombras que me llaman y dicen que me esperan, que ahí hay un lugar para mí. Solo estar ahí es doloroso, el frio se siente en la piel, y entre más miedo tienes más terrorífico parece. En el infierno no existe la esperanza ni la bondad, ahí estas solo y abandonado, conviviendo solo con tus miedos internos y los demonios que te tocan, lo peor del infierno es que cuando entras ya no puedes salir. Los que están destinados a estar ahí, lo estarán para toda la eternidad sufriendo por sus errores en la vida. Cuando parece que yo también me voy a quedar ahí me da mucho miedo y despierto. Algunas veces sueño con el infierno...

B1 (6) LAS LECCIONES DE MI PADRE

Hay veces, en que a veces se es incapaz de encontrar la valentía almacenada en tu interior. En esos casos es cuando necesitas buscar el apoyo de los seres queridos que te rodean. Se puede tomar prestado de estas personas, que creen en ti, el ánimo que necesitas para superar los momentos de amnesia temporal en los que te has olvidado de tus propias habilidades. El coraje se aprende en el momento que, entras en acción a hacer las cosas. Puedo recordar cuando aprendí a bucear siendo una niña. Durante semanas estuve sentada en el borde del trampolín de la alberca intentando tener el coraje necesario para hundir la cabeza en el agua.

Mi padre estuvo al lado de la escalera durante tres sábados dándome ánimos para hacerlo. Él me enseñaba una y otra vez cómo tenía que hacerlo, pero yo aún tenía miedo. Era un temor sin sentido, porque yo sabía que no me haría daño y además tampoco me importaba mucho si lo hacía mal. Supongo que simplemente tenía ese miedo que da por sumergirse, en lo desconocido.

Finalmente llegó el día en que me di cuenta de que podía mentalizarme y recibir el apoyo de mi padre, pero que al final era yo quien tenía que decidirme y lanzarme al agua. Subí la escalera una vez más, permanecí de pie en el borde de un trampolín que ya me era tan familiar, recé a Dios y me tiré. No sonaron trompetas celestiales anunciando la gloria de mi logro, pero en aquel momento aprendí la valiosa lección del coraje, que ha permanecido en mí desde entonces además de que también aprendí que si yo no me echo porras nadie más lo hará por mí, más que esas personas que han estado conmigo desde siempre de una manera incondicional como mi padre.

CG (7) AMISTAD ETERNA

Renata nunca volvió a saber de su amigo Ignacio, después de 10 años, hasta que caminando por la calle se encontró a su madre. Ella la saludo y le pregunto por su amigo. En ese momento sus ojos se llenaron de lágrimas cuando su madre le dijo: murió ayer... Ella no supo que decir, y mientras la madre de Ignacio la miraba con extrañeza, Renata le pregunto cómo había muerto.

La madre de su amigo la invito a su casa, al llegar allí se sentaron en la sala vieja donde pasaron gran parte de su infancia, juntos como amigos. De repente se sentaron juntas y la madre de Ignacio le comenzó a contar a Renata sobre su muerte. Hace 2 años le habían diagnosticado una rara enfermedad, y su cura era recibir cada mes una transfusión de sangre durante 3 meses, pero su sangre era muy rara, como la misma sangre que tenía Renata. Los padres no sabían esto, así que intentaron buscar a alguien hasta que por fin encontraron a un vagabundo.

Ignacio era muy testarudo, por lo que no quiso recibir la sangre del vagabundo. Él decía que de la única persona que recibiría sangre sería de su amiga, pero el no quiso que buscarán a su amiga, y decía todas las noches: “no la busquen, ella vendrá cuando sepa sobre mi enfermedad”. Así pasaron los meses, y todas las noches Ignacio se sentaba en la sala y rezaba para que su amiga se acordara de el. Así acabó la vida de Ignacio, esperando a su amiga que nunca lleo a apoyarlo, antes de morir Ignacio le dijo a su madre que le preguntara a Renata porque había tarado tanto. De pronto la señora se levantó y regresó con una nota que decía.

Amiga mía, sabía que vendrías, tardaste un poco pero no importa, lo importante es que viniste. Ahora te estoy esperando en otro sitio mientras tanto quiero decirte que todas las noches rezaré por ti y desde el cielo te estaré cuidando mí querida mejor amiga.

A3 (8).- AMOR INCONDICIONAL

En medio de la noche me encuentro sola pensando en todas las personas que han estado en mi vida y las que han salido sin razón alguna pero solo dos se quedan en mi camino para acompañarme en medio de mi camino y en toda mi locura, mi madre y padre son las personas que siempre han estado a mi lado sin importarles nada, ellos son mis incondicionales, amo que estén conmigo ahora en cambios tan importantes de mi vida como es el casarme, o el ser mama; sé que ellos estarán siempre ahí para darme una mano cuando me caiga y no sepa como levantarme, ahora a mí me tocara ser madre y vivir casi lo que ellos vivieron conmigo al criarme y bueno creo que a ellos les tocara solo disfrutar a mis hijos.

B2 (9) APARIENCIAS

Érase una vez una chica "gordita" que enamoró perdidamente a un muchacho en forma y hermoso. El nunca por un año la sacó a un parque, a comer o simplemente al cine. Ella lo escuchaba negarla ante sus amigos y se molestaba. Pero cedía cuando escuchaba los te amo, cuando sentía sus manos o cuando sus labios la callaban cuando llorando peleaba.

Un buen día la chica se cansó y eligió irse sin mirar atrás. Pasaron seis meses de angustia donde la chica se bebía sus lágrimas intentando refugiarse en otros cuerpos, pero de nada sirvió.

El chico no aguantó más el vacío en su corazón e invito a sus amigos a salir. Allí en una mesa les dijo: "Necesito que me aconsejen, estoy enamorado como nunca, de una mujer excepcional pero que no es perfecta para los ojos de nadie."

Les confesó de quien estaba enamorado y ellos sorprendentemente le aconsejaron que se olvidara de la gente y la buscara. El chico se subió a su auto y voló al departamento de ella. Tocó la puerta y para su sorpresa encontró una chica más esbelta y arreglada. Más hermosa. Se arrodilló y pidió perdón. Lloró por horas sin parar y ella solo le dijo.

"Lo lamento, mientras me fui porque no era lo suficientemente linda para ti, llegó alguien a mi vida y que en vez de salir corriendo y criticarme, me enseñó como alimentarme y durante varios meses me apoyo a ejercitarme. Nunca me dejó sola. Ahora tengo un hombre a mi lado. Un hombre completo que vio lo mejor de mí. Así que lo dejo sufriendo por mucho tiempo como ella había sufrido, y él se arrepintió de haberla dejado por siempre. Nunca más pudo volver a enamorarse por lo herido que había terminado y ella fue feliz con la persona su nueva pareja quien siempre la amo y la apoyo, y nunca la abandono.

BG (10) VIERNES 15 DE AGOSTO

Era un viernes como cualquier otro. Un viernes aburrido. Un viernes roto. Un viernes sólo como todos los días. Alisson era una chica pelirroja de pelo lacio, estatura media y una historia que escondía detrás de esa sonrisa deslumbrante.

Alisson tenía no tenía muchos amigos y al menos a los que tenía ella no solía decirles amigos. Alisson fumaba mucho, le gustaba leer, no salía a fiestas, no bebía. Le gustaba estar sola. Alisson tenía el don de tocar el piano. Era una alumna ejemplar, tenía perspectivas de la vida muy diferentes.

El mejor amigo de Alisson y único se llamaba Demian, Demian pensaba de la misma manera que Alisson por algo eran mejores amigos. Cuando Alisson estaba con él se sentía bien, se sentía viva. Alisson estaba enamorada de Demian. Pero nunca lo dijo Alisson era una persona insegura de sí misma y no se consideraba lo suficiente para nadie.

Alisson tenía perspectivas de la vida que casi nadie entendía y a Demian le costaba mucho entenderlas. Alisson algunas veces pensaba en el suicidio, la única salida a sus problemas y ella deseaba y anhelaba con su alma ver a su madre. Su vida no le era suficiente esconderse detrás de un libro y esa puerta esas paredes su habitación no eran suficientes no la escondían de su realidad, de sus demonios...

Alisson en ocasiones iba a fiestas con sus "amigos " por lo regular cuando ya no tenía con quien hablar en esas fiestas, Salía del lugar e iba a un lugar más tranquilo. Su lugar... no le gustaba estar con un montón de gente ignorante que no entendía sus pensamientos. Así que se alejaba. A su lugar...

Cuando Alisson iba a fiestas nunca bebía pero si fumaba:

Por qué fumas tan condenadamente rápido.- le decían-

Ella con la mirada agachada y una voz fría contestaba:

Tú fumas por placer, yo fumo para morirme.

En la escuela Alisson era la rara, siempre tenía un libro en mano y sus audífonos puestos, en casa no hablaba mucho, y solo dormía, en ocasiones lloraba. Alisson era fuerte al menos eso solía decirle Demian, todo lo que pasó cuando tenía 7 años la dejó marcada.

Un día Alisson de tanto fumar ocasionó un enfisema pulmonar. No le quedaba mucho tiempo le daban 6 años de vida. Cuando Alisson se enteró lloraba, lloraba como nunca lo hizo.

Doctor: lo siento mucho Alisson

Alisson: no lo sienta doctor no lo sientan..

Alisson no lloraba de tristeza, Alisson lloraba de alegría..

Al siguiente día Alisson citó a Demian en su lugar. Demian su único amigo. Y le dijo la noticia, Demian comenzó a llorar como un niño pequeño como nunca lo hizo; el simple hecho de perder a su mejor amiga la única persona que lo hacía mantenerse vivo le aterraba. La única luz de su vida ya no estaría en 6 años. Y era en ese momento cuando hasta respirar dolía para Demian.

En ese momento Alisson se sentía mal, ella amaba a Demian, pero solo eran 6 años y no lo quería lastimar más. Pasaron los meses y un día Demian la citó a ese lugar. Le confeso lo que sentía por ella y Alisson se sentía feliz porque ella sentía lo mismo y por fin ya no habría más secretos...

Alisson y Demian eran novios por esos 6 años que les restaban a Alisson era un pacto que no debía ser roto. Eran muy felices. Pasaron los años y Demian estaba diferente, ya no era el mismo algo en él se estaba apagando. Alisson y Demian hablaron. Demian ya no sentía lo mismo que hace 5 años... cuando Alisson escucho esas palabras su alma se rompió, ya no había más, su vida ya no tenía sentido, su luz, lo que la mantenía viva estaba muerto, enterrado en aquel lugar donde hace 5 años se confesó todo.

Demian y Alisson se dejaron de hablar por mucho tiempo, a Alisson ya no le quedaba mucho... 3 meses. Alisson cada día estaba más rota, su vida ya no tenía sentido ella solo esperaba el día en el que su muerte llegara. 2 días antes de que ella muriera citó a Demian en aquel lugar.

Aquel lugar eran unas vías del tren en una banca, esa zona del tren no era muy transitada y por eso era el lugar de Alisson su lugar favorito y el lugar más cruel el lugar donde su vida se marcó para siempre.

Cuando Alisson tenía 6 años su madre se suicidó en ese lugar. Alisson fue la única persona que presenció el suicidio.

Ese día le conto la historia de su madre a Demian. Demian muy apenado no supo que decir, pero al ver a Alisson de nuevo se sorprendió, Alisson no era la misma, estaba desmejorada, muy pálida, con una voz rara, Demian sintió como su mejor amiga moría lentamente y él no podía hacer nada.

Alisson lo citó el día que ella moriría en su lugar preferido, porque era el lugar preferido de Alisson quizás porque no había mucha gente, porque no estaba la gente ignorante de las calles, porque era ella y su sombra y nadie más. La sociedad estaba podrida. La única solución era que ella estuviera sola.

Demian no sabía que ese día Alisson moriría cuando Demian llego a ese lugar, Alisson lo miró y dijo "estoy lista" abrazó a Demian y lo beso. Se dio la vuelta y tomó el tren que la llevaría a su casa. Al siguiente día Alisson se encontraba en la camilla del hospital muerta, por fin lo que ella quería huir de esa sociedad que la atormentaba, de las falsas personas, y de esa humanidad podrida que se muere cada día.

Demian fue a ver a su mejor amiga o bueno la muerta alma que quedaba de ella. Alisson había dejado una carta para Demian:

El dolor ¿saben? Creo que siempre ha estado a mi lado, desde mi niñez, y hasta ahora mi adolescencia, la gente suele decir que la adolescencia es la etapa más hermosa, yo no lo creo. Quizá sea porque para mí no lo ha sido, me he dado cuenta de que en este mundo estas sola...sí sola, todos ven por sí mismos, un mundo donde el que tiene más dinero, es más importante, donde discriminan a diestra y siniestra, ¿no sigues el prototipo de la sociedad? Oh, éstas perdida, aquí quien piense diferente es herido ¿libertad de expresión? Otra mentira más. Aquí te traicionan con una sonrisa, nos someten a mucha presión, sin dejarnos vivir, algunos solo son marionetas, no piensan por ellos mismos, ¿Por qué hacer bullying, por qué herir a una persona? ¿Te hace sentir bien? ¿Sabes lo que hace cuando llega a casa? ¿Sabes lo que sufre?. Te enseñan que la belleza es tener cuerpo de Barbie ¡Las Barbies son muñecas, no humanos! Oh bueno si no tienes el ideal de belleza según está sociedad, ¿Qué hacen? Insultarte, burlarse, aislarte, patéticos eso son, luego la sociedad se pregunta ¿Por qué tantos trastornos alimenticios?, ¿por qué tantos suicidios? ¿¡Por qué!? No sean idiotas ustedes mismos son los culpables. Nunca tratan de comprender, solo juzgar, ¿Cómo puede la sociedad juzgar a un suicida, a un depresivo, a una anoréxica, bulímica, drogadicto, y mucho más? Solo los tratan como raros, enfermos, los matan con sus críticas, pero no hacen nada por ayudarlos, que es lo que realmente necesitan, se escandalizan y los tratan como locos, pero cuando es demasiado tarde, cuando ya no hay nada que hacer se lamentan. Tienen la mente cerradas, con miles de “ideales” y prejuicios en su cabeza. A un mendigo en la calle, lo ven con asco, ¿por qué? Porque no anda bien vestido como tú, ¿Por qué no tiene dinero? ¿Por eso lo denigras, y lo tratas como basura?. Guerras por bobadas, peleas y más peleas. Esa persona con sida o una enfermedad de ese tipo, ¿crees que por hablar con ella se te va a pegar? ¿Por eso prefieres no hablarle? Y así podría seguir y seguir; Ya qué, esta sociedad es así y no se puede hacer más nada, Los humanos tienen una crueldad y una compleja maldad diferente a la de los demonios, mienten y se resisten con todas sus fuerzas, pisotean a los demás, roban y les roban, no paran de repetir excusas, y aun así, intentan llegar más allá de la colina...la humanidad está podrida. Y por eso me alejo por eso hoy ya no estoy aquí.